



UNIVERSIDADE DE CABO VERDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

LINHA DE PESQUISA: SAÚDE MENTAL

MÁRIO ANTÓNIO SOARES ALMADA BARROS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, PADRÃO DE USO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS: RESPOSTA AO PROGRAMA DE TRATAMENTO
DOS RESIDENTES DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA GRANJA DE SÃO FILIPE

MÁRIO ANTÓNIO SOARES ALMADA BARROS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, PADRÃO DE USO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS: RESPOSTA AO PROGRAMA DE TRATAMENTO
DOS RESIDENTES DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA GRANJA DE SÃO FILIPE

Dissertação apresentada à Universidade de
Cabo Verde, em parceria com Universidade
Estadual Paulista e Faculdade de Medicina de
Botucatu, como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

ORIENTADOR:

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ MANOEL BERTOLETE

CIDADE DA PRAIA
2014

MÁRIO ANTÓNIO SOARES ALMADA BARROS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, PADRÃO DE USO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS: RESPOSTA AO PROGRAMA DE TRATAMENTO
DOS RESIDENTES DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA GRANJA DE SÃO FILIPE

Dissertação apresentada à Universidade de
Cabo Verde, em parceria com Universidade
Estadual Paulista e Faculdade de Medicina de
Botucatu, como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em ____/____/____

O Júri

(Orientador)

(Arguente)

(Presidente)

CIDADE DA PRAIA
2014

Devemos não apenas acreditar que as coisas têm de mudar, mas também acreditar que "Eu tenho de mudá-las". Devemos considerar a nós mesmos como a fonte da mudança. Caso contrário, ficaremos sempre à procura de outra pessoa para fazer a mudança por nós, e sempre teremos alguém para culpar quando não der certo. Devemos ser a fonte de nossa mudança, se quisermos que essa mudança dure.

Anthony Robbins

DEDICATÓRIA

Aos Dependentes de Substancias Psicoactivas, especialmente aos que participaram nesta resposta ao programa de tratamento uma importante estratégia para aumentar a taxa de conclusão do programa de tratamento.

A todos os funcionários da CTGSF, particularmente aos enfermeiros, pelo apoio prestado em todos os momentos. As estruturas, especialmente as de saúde que desde da abertura do centro têm colaborado no envio de ficha de encaminhamento.

Ao Manuel Soares Sena (in Memoriam), meu querido Avô “Pai” pelos valores que me passou, por tudo que me ofereceu de forma incondicional desde da minha infância. Um exemplo de homem na sua postura digna perante a vida.

AGRADECIMENTO

Ao meu Senhor Bom Deus, pela sua protecção, pela sua força nos momentos de desânimo e pela iluminação da mente nos instantes da confusão.

Ao Professor Doutor, José Manoel Bertolote, meu orientador, autêntico modelo a seguir, por ter aceitado o desafio de me orientar, acreditando e fazer-me acreditar na conclusão deste trabalho. Agradeço pela sua paciência, tolerância que teve comigo e, fundamentalmente, pela oportunidade que me proporcionou de crescer ao nível pessoal e profissional durante este tempo.

À todos os Professores, pelas suas contribuições fundamentais neste processo de mestrado, nomeadamente, Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino, Prof. Dr. Arlindo Vieira, Profa. Dra. Patrícia Dantas dos Reis, pelas vossas disponibilidades para partilhar ideias e tirar as dúvidas, contribuindo significativamente para a conclusão desse estudo.

Ao amigo Carlos Mendes, um exemplo enquanto docente e pessoa pela sua paciência para comigo e seu enorme contributo neste estudo, que várias vezes deixou a sua família para estar envolvido neste trabalho.

Aos meus colegas de pós-graduação, sobretudo ao amigo João Neves, António Carlos Varela, Eneida da Luz, Herlander Rodrigues, José António Reis, Antonieta Martins, António Roliano, Domingas de Pina, entre outros, que desde o primeiro ao último momento partilhamos as ideias, dúvidas os desesperos, as conquistas em fim, tudo que ocorreu durante essa longa caminhada.

A minha mãe Celeste Almada para quem escasseiam palavras que possam expressar toda a minha gratidão por tudo aquilo que tem feito por mim!

À minha filha Nathalie pela compreensão, carinho e tolerância demonstrado enquanto decorria essa pesquisa, entendendo a minha longa ausência.

Aos meus irmãos Gilson, Flávio, Eurídice e Patrícia pelo incentivo demonstrado.

Ao meu tio e amigo, José Maria Correia que desde cedo acompanhou o percurso académico, contribuindo com a sua motivação para que hoje concluo mais uma etapa na minha carreira académica.

À psicóloga Zânia Silva pela disponibilização dos documentos importantes na realização deste estudo.

Aos meus amigos Armando, Rodolfo Varela Tavares e António Moreira Monteiro e Osvaldo Moreira e Armando Furtado pelo incentivo e partilha de vários momentos da vida, e sobretudo pela confiança depositada em mim na realização deste trabalho. É de enorme reconhecimento a ajuda prestada pelos amigos, Nilson Oliveira Montrond Lopes e Raimundo Lopes.

RESUMO

O consumo de substâncias psicoactiva é um problema devastadora com enorme impacto para saúde pública tanto em Cabo Verde como no resto do globo. Diversas organizações baseadas em programas terapêuticos têm trabalhado com intuito de combater este flagelo que vem, afectando números consideráveis de indivíduos em todo mundo. A Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe é uma das instituições que com o uso do seu programa terapêutico tem lutado para que os seus utentes sejam libertados das dependências de substâncias psicoactivas e, nem sempre, os residentes têm correspondido adequadamente ao programa de tratamento. Este estudo tem como objectivo identificar, descrever e analisar características sociodemográficas, clinicas e padrão de uso de substâncias psicoactivas de residentes, numa Comunidade Terapêutica, e sua relação com a resposta ao programa de tratamento. O presente estudo é caracterizado por uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. O universo foi composto por 215 indivíduos que passaram pela CTGSF. Por meio de aplicação de formulário fez-se um levantamento dos processos dos ex-residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, foram identificados as respostas ao programa de tratamento. Desses prontuários, foram colhidas as informações a respeito das características sociodemográficas, das características clínicas (comorbidades) e do padrão de uso de substâncias psicoactivas. Os resultados indicam que 46,5% responderam com conclusão do programa, 27% com abandono, 22,8% com expulsão, 3,3% com fuga e 0,5% com óbito. O género e o número de comorbidades associaram significativamente a não conclusão do programa de tratamento. Os achados deste estudo são de importância para detectar na admissão os pacientes portadores de factores associados à não conclusão do programa de tratamento proposto na Comunidade Terapêutica granja de São Filipe, no sentido de poder contribuir para melhorar a resposta ao programa de tratamento dos residentes bem como seu prognóstico.

Palavras-chave: Tratamento; Comunidade Terapêutica; Dependentes de Substâncias Psicoactivas; Factores de Conclusão do tratamento.

ABSTRACT

The consumption of psychoactive substances is a devastating problem with enormous impact on public health in both Cape Verde and the rest of the globe. Several organizations based therapeutic programs have worked with a view to combating this scourge that is affecting considerable numbers of individuals worldwide. The Comunidade Terapêutica Granja de São Felipe is one of the institutions with the use of their therapeutic program has struggled to ensure that their users are freed of substance dependencies, and not always, residents have responded adequately to the treatment program. This study aims to identify, describe and analyze sociodemographic, clinical and pattern of psychoactive substance use characteristics of residents in a therapeutic community, and its relation to the response to the treatment program. This study is characterized by a descriptive research with quantitative approach. The universe was composed of 215 individuals who underwent CTGSF. Through the application form was made a survey of the processes of ex - residents of Comunidade Terapeutica Granja de São Filipe, the responses to the treatment program were identified. Of these records, information regarding sociodemographic characteristics, clinical characteristics (comorbidities) and the pattern of psychoactive substance use were collected. The results indicate that 46.5 % responded with completion of the program, 27 % with abandon, 22.8 % with expulsion, 3.3% and 0.5 % with trail and death. Gender, time use of the drug that led the individual to seek treatment, prior treatment, and comorbidities significantly associated with non-completion of the treatment program. The findings of this study are of importance to detect on admission patients with factors associated with non-completion of the treatment program proposed in the Therapeutic Community Grange St. Philip, in order to contribute to improve the response to treatment program for residents and prognosis.

Key-words: Treatment, Therapeutic Community; Dependent Substance; Factors Completion of treatment.

ABREVIATURAS

CCCD-MJ	Comité de Coordenação do Combate à Droga- Ministério da Justiça
CCS-SIDA	Comité de Coordenação do Combate à SIDA
CT	Comunidade Terapêutica
CTGSF	Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe
CTs	Comunidades Terapêuticas
HCV	Vírus de Hepatite C
JOCUM	Jovens Com Uma Missão
LSD	Dietelamina de Ácido Lisérgico
OBCs	Organizações de Base Comunitária
ONGs	Organizações Não-governamentais
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
THC	Tetrahidrocannabinol
TPS	Trabalhadoras Profissionais de Sexo
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Criança
UNODC	Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	1
1.1. Conceitos	1
1.2. Delimitação do problema.....	2
1.3. Justificativa.....	3
1.4. Objectivos.....	3
1.4.1. Objectivo geral	3
1.4.2. Objectivos específicos.....	4
1.5. Perguntas a serem respondidas	4
1.6. Hipóteses	4
1.7. Etapas da investigação.....	5
1.8. Estrutura do trabalho	5
 CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA	 7
2.1. Perspectivas histórico – culturais de uso de drogas.....	7
2.2. História e caracterização das Comunidades Terapêuticas	11
2.3. Dependentes de Substâncias Psicoactivas	15
2.4. Dados epidemiológicos sobre uso de drogas	16
2.5. Programa Nacional Integrado de Luta Contra Droga e Crime em Cabo Verde (2012-2016)	19
2.5.1. Análise e avaliação de algumas medidas implementadas.....	20
2.5.2. Estruturas de prevenção e de tratamento	20
2.5.3. Medidas e políticas adoptadas.....	21
2.5.4. Desafios Prioritários de Cabo Verde em matéria do Combate à Droga e Crime	21
2.6. Tratamento.....	22
2.6.1. Factores gerais que contribuem ou dificultam completar o programa de tratamento	24
2.6.2. Factores que interferem com a adesão e o envolvimento em programas de tratamento e sua conclusão	30
2.6.3. Factores que contribuem para a adesão e o envolvimento em programas de tratamento e sua conclusão	31
2.6.4. Factores que dificultam a adesão e o envolvimento em programas de tratamento e sua conclusão	36
2.7. Tipos de drogas consumidas.....	41
2.8. Comorbidades.....	57
2.9. Programa Terapêutico.....	62

CAPÍTULO III: METODOLOGIA	65
3.1. Método.....	65
3.2. Tipo de estudo	65
3.3. Local do estudo.....	65
3.4. Local do estudo: descrição do modelo terapêutico e filosofia intrínseca ao programa de tratamento.	66
3.5. Principais Actividades Psicoterapêutica	68
3.6. Fonte de dados e Sujeitos	71
3.7. Definição e operacionalização das variáveis em estudo.....	71
3.8. Variável Dependente	72
3.9. Variáveis Independentes.....	72
3.10. Instrumento de colheita de dados.	74
3.11. Processamento de dados	75
3.12. Procedimentos formais éticos-legais em pesquisa com seres humanos	76
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	77
4.1. Resultados.....	77
4.2. Análise descritiva das variáveis.....	78
4.2.1. Características sociodemográficas.....	78
4.2.2. Padrão de consumo de substâncias psicoactivas.....	80
4.2.3. Características clínicas (Comorbidades)	85
4.3. Análise inferencial	88
4.3.1. Categorias de referência.....	88
4.4. Resultado de Análise de Regressão Logística Binária	90
CAPÍTULO V: DISCUSSÃO	93
CAPÍTULO VI: CONCLUSÃO.....	114
CAPÍTULO VII: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
CAPÍTULO VIII: APÊNDICE	166
Apêndice I – Formulário de colheita de dados	166
Apêndice II – Autorização do serviço para realização do estudo.....	169

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, segundo as características sociodemográficas, Cabo Verde, 2006 – 2010.	78
Tabela 2: Idade (em anos) de início de uso de drogas em Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por tipo de substância psicoactiva, Cabo Verde, 2006 – 2010....	80
Tabela 3: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, conforme a primeira substância psicoactiva consumida, Cabo Verde, 2006 – 2010.	80
Tabela 4: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, segundo tipos de drogas consumidas, Cabo Verde, 2006 – 2010.	81
Tabela 5: Frequência e percentagem das múltiplas substâncias psicoactivas usadas por residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, Cabo Verde, 2006 – 2010.	82
Tabela 6: Tempo de consumo (em anos) dos residentes da Comunidade Terapêutica, Granja de São Filipe por dependência, Cabo Verde, 2006 – 2010.....	83
Tabela 7: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por tipo de droga que levou a procurar o tratamento, Cabo Verde, 2006 – 2010.	83
Tabela 8: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, segundo números de drogas consumidas, Cabo Verde, 2006 – 2010.	84
Tabela 9: Frequência e percentagem das comorbidades apresentadas pelos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, Cabo Verde, 2006 – 2010.....	85
Tabela 10: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por número de comorbidades, Cabo Verde, 2006 – 2010.	86

Tabela 11: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por resposta ao programa de tratamento, Cabo Verde, 2006 – 2010. 86

Tabela 12: Comparações das percentagens das respostas ao programa de tratamento dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por género, Cabo Verde, 2006 – 2010. 87

Tabela 13: Análise da regressão logística binária para a não conclusão do programa de tratamento (n= 215). 90

Capítulo I: Introdução

O presente trabalho, que é um estudo quantitativo “Características sociodemográficas, clínicas, padrão de uso de substâncias psicoativas e resposta ao programa de tratamento dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe”, enquadra-se no âmbito do primeiro Curso de Mestrado em Saúde Pública realizado pela Universidade de Cabo Verde em parceria com a Faculdade de Medicina Botucatu e Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho” como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

1.1. Conceitos

Para uma melhor compreensão do trabalho torna-se necessário definir alguns conceitos relacionados à dependência de substâncias psicoativas utilizados neste estudo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) define droga como “qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo, produz alterações na sua estrutura ou função”. Straub especifica que drogas psicoativas são substâncias químicas que actuam no cérebro modificando o humor, a consciência outras funções psicológicas ou o comportamento (Straub, 2005).

No processo de tratamento e recuperação do dependente químico há uma estreita relação entre o conceito da droga, de dependência de substância psicoactiva, de dependentes de substâncias psicoativas e de Comunidade Terapêutica. Deste modo, a toxicodependência ou dependência de substâncias psicoativas consiste numa condição de dependência física e/ou psicológica de uma substância tóxica devido ao seu uso esporádico ou continuado (OMS, 2006). A dependência química é uma doença cerebral de curso crónica e recidivante, caracterizada por alterações na estrutura e actividade desse órgão resultante do uso continuado de uma dada substância psicoactiva (Kaliva & Wolkov, 2005, citado por Laranjeira, 2010).

O dependente químico é uma pessoa que se depara com uma situação vivencial inaceitável ou indesejável, que, não a conseguindo resolver ou dela se esquivar, tem como opção a alteração da percepção dessa realidade através de substâncias psicoativas (Silveira, 1995, citado em Silveira & Moreira, 2006).

Um dos métodos de tratamento para dependência de substâncias psicoactivas é, precisamente, o de abordagem em Comunidade Terapêutica. As Comunidades Terapêuticas (CT) são unidades especializadas de tratamento residencial de duração prolongada, em regime de internamento, que através de apoio psicoterapêutico e socioterapêutico se procura ajudar a reorganização do mundo interior dos toxicodependentes, e a perspectivar o seu futuro (Instituto da Droga e Toxicodependência, 2011). Ainda, de acordo com o mesmo organismo, as Comunidades Terapêuticas constituem, espaços residenciais, destinados a promover a reabilitação biopsicossocial do doente toxicodependente, por meio de um programa terapêutico estruturado em diferentes fases.

São diversas as variáveis intervenientes no processo de tratamento do dependente químico; entre estas, destacam-se as características sociodemográficas, que segundo Juárez (2002) são um conjunto de características biológicas, socioeconómicas e culturais que estão presentes na população submetido a investigação, e que são susceptíveis de mensuração.

1.2. Delimitação do problema

O abandono precoce do tratamento é uma ocorrência constante no tratamento de usuários de drogas. Como a Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe (CTGSF), é o único serviço de Cabo Verde especializado no tratamento de dependentes de substâncias psicoactivas, o impacto que isso representa para o Programa Nacional de Saúde Mental e para o Programa Nacional Integrado de Luta Contra a Droga e Crime adquire proporções ainda mais significativas. É, portanto, mister documentar a real extensão desse problema e avançar no entendimento de seus determinantes.

Destaque-se que, até 2005, em Cabo Verde, os dependentes de substâncias psicoactivas graves, necessitados de cuidados hospitalares, eram tratados conjuntamente com portadores dos demais transtornos mentais, sem um local especializado compatível com suas características e necessidades clínicas e terapêuticas. Embora desconheçamos qualquer estudo de avaliação do resultado dos tratamentos efectuados nesses serviços psiquiátricos gerais em Cabo Verde, a experiência internacional é unânime em considerar que os dependentes químicos obtêm os maiores benefícios terapêuticos quando tratados em locais especializados.

Isso levou as autoridades nacionais a criarem, em 2005, a Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe (CTGSF), com a finalidade precípua de prestar atendimento a usuários de substâncias psicoactivas que houvessem atingido o estágio de dependência, para o qual os cuidados ambulatoriais eram insuficientes.

1.3. Justificativa

O consumo de substâncias psicoactivas tem tido um papel fulcral no aumento da problemática da sociedade em geral, afectando milhares de pessoas. Particularmente, em Cabo Verde, numa população a rondar os 500 mil habitantes, tem-se verificado uma procura significativa dos dependentes de substâncias psicoactivas ao tratamento especializado em Comunidade terapêutica Granja de São Filipe. Como este centro não recebe indivíduos dependentes do álcool e tabaco, o estudo não cobre essas substâncias, então o eventual uso dessas drogas vai ser registado como comorbidade.

A maior parte dos residentes que passaram por esse centro, não tem respondido de forma eficaz ao programa de tratamento, acabando mesmo por ser expulso, abandonar ou mesmo fugir, sobretudo as mulheres. Perante estas constatações e o que a literatura tem publicado, torna-se necessário aguçar o nosso olhar em direcção à resposta ao programa de tratamento. Deste modo, percebe-se o quão é relevante proceder um estudo para melhor compreensão desse processo dinâmico de tratamento e da resposta ao programa de tratamento dos residentes. E, para além disso, trata-se de um trabalho académico científico, que motiva tanto ao nível pessoal como profissional.

1.4. Objectivos

A definição dos objectivos tanto o geral como os específicos, pelos quais o estudo se deve orientar, foi com base nas convicções da problemática da resposta ao programa de tratamento dos residentes que considera importante à elaboração deste estudo.

1.4.1. Objectivo geral

- Reconhecer as características sociodemográficas, características clínicas e padrões de uso de substâncias psicoactivas dos residentes da CTGSF, e sua relação com completar ou não os nove meses de duração regulamentar do programa de tratamento

1.4.2. Objectivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas, clínicas (comorbidades) e os padrões de uso de substâncias psicoactivas de residentes da CTGSF.
- Analisar as relações entre características sociodemográficas, clínicas (comorbidades) e padrões de uso de residentes da CTGSF com completar ou não o programa de tratamento.

1.5. Perguntas a serem respondidas

Este estudo descritivo analítico surgiu de várias questões, para as quais investiga-se respostas e que serviu de trajecto na elaboração deste trabalho. Assim, identificou-se as seguintes perguntas de investigação:

P1: Qual é a proporção dos dependentes de substância psicoactiva admitida que completam os nove meses de tratamento na CTGSF?

P2: Quais as características sociodemográficas dos dependentes de substância psicoactiva admitidos a CTGSF que determinam a conclusão dos nove meses regulamentares?

P3: Quais padrões de uso associados a essa completude?

P4: Quais os factores clínicos (comorbidades) associados às características sociodemográficas e aos padrões de uso encontrados?

1.6. Hipóteses

H1: A percentagem dos dependentes de substâncias psicoactivas de género masculino que adere ao programa de tratamento e o completa é superior a percentagem das mulheres.

H2: A maioria dos residentes da Comunidade Terapêutica de Granja São Filipe que não adere ao programa de tratamento e o completa é composta por aqueles que já consumiram dois ou mais tipos de drogas.

H3: A maioria dos residentes da Comunidade Terapêutica de Granja São Filipe que não completa o programa de tratamento iniciou o uso da droga antes dos 18 anos.

H4: Há associações específicas entre características sociodemográficas, padrões de uso e comorbidades.

1.7. Etapas da investigação

A realização desta investigação teve início em Setembro de 2011 e terminos em Abril 2014. Começou com uma pesquisa bibliográfica aprofundada sobre o tema, que serviu de base à contribuição prática, seguidamente dirigiu-se a Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe e, por meio de aplicação de um formulário, fez-se levantamento dos dados que constavam do processo clínico dos indivíduos admitidos à CTGSF entre 01 de Janeiro de 2006 e 31 de Dezembro de 2010. Por fim, procedeu-se à fase de análise, tratamento, apresentação e discussão dos resultados.

1.8. Estrutura do trabalho

Do ponto de vista estrutural, este trabalho, é composto por oito capítulos. O Capítulo I pertence à introdução e, neste pretende-se apresentar justificativa da investigação, delimitação do problema, objectivos, as principais hipóteses formuladas e, por fim, as perguntas a serem respondidas pela pesquisa.

O Capítulo II é referente a revisão da literatura, cujo conteúdo dará suporte ao problema em estudo. Neste capítulo serão abordados alguns aspectos históricos e conceitos relativamente à dependência de substâncias psicoactivas, dados epidemiológicos sobre uso de drogas, programa nacional integrado de combate às drogas, tratamento, onde serão tratados os factores gerais que contribuem ou dificultam completar o programa de tratamento, entre eles tipos de drogas consumidas, comorbidades, programa terapêutico, descrição do modelo terapêutico e filosofia intrínseca ao programa de tratamento e, finalizando com as principais actividades psicoterapêutica desenvolvidas.

O Capítulo III diz respeito a metodologia, onde se aborda os aspectos fundamentais relacionados com a investigação de campo como tipo de estudo, local do estudo, definição e operacionalização das variáveis em estudo, sujeitos, unidades de análise, descrição do instrumento de colheita de dados, colheita de dados, processamento de dados e procedimentos formais éticos-legais em pesquisa com seres humanos. O Capítulo IV corresponde aos resultados, onde se faz a análise descritiva e inferencial dos mesmos. No

Capítulo V dedica-se a discussão dos resultados do estudo, realçando os mais relevantes, as implicações e as limitações do estudo bem como as recomendações. No Capítulo VI refere-se as conclusões do estudo, destacando as principais. Por fim, as referências bibliográficas e, posteriormente os apêndices, Capítulos VII e VIII, respectivamente. Ainda como suporte, utilizou-se as normas APA (6ª edição) e o regulamento do trabalho do fim de curso propostos pela Universidade de Cabo Verde.

Capítulo II: Revisão da Literatura

2.1. Perspectivas histórico – culturais de uso de drogas

O consumo e dependências de substâncias psicoactivas é um fenómeno que remonta à antiguidade pelo que não se pode considerar fenómenos contemporâneos, é unânime a opinião dos diversos autores no que se refere a esse assunto (Andrade, 1994; Gomes *et al.*, 2004; Cordeiro, 2004; Brasiliano, 2005; Dias & Pinto, 2006; Mota, 2009).

Para Araújo e Moreira (2006), por exemplo, o consumo de plantas psicoactivas remonta aos ancestrais do homem e o assunto polémico dos nossos tempos, de facto é um tema trivial na história da humanidade. Outrora utilizados dentro de rituais religiosos, como medicamentos ou em carácter recreativo (Musto, 2002; Araújo & Moreira, 2006; Ribeiro, 2006). Em tempos, o uso das drogas era, sobretudo para tolerar as adversidades do ambiente em que vivia o homem (Sullivan & Hagen, 2002), aumentar o prazer e diminuir o sofrimento (Martins & Correia, 2004), servindo-lhe de alimento (Dudley, 2002) embora, poderia causar-lhe o bem ou mal; a vida ou a morte (Escohotado, 1996). Efectivamente, tanto os padres e depois os médicos (que exerciam uma arte sagrada), tinham por prescrever, de modo ritual, o uso de “drogas”. Foi interdito o uso de drogas fora dos quadros prescritos pela religião, o que justifica estes laços eternos entre as drogas e o sagrado (Angel, Richard & Valleur, 2002).

Os primeiros ancestrais humanos eram herbívoros e as frutas, nozes, raízes e tubérculos constituíam a sua principal fonte de alimentação. As drogas psicoactivas também integravam a sua regime alimentar, eram consumidas na forma de plantas, as quais eram ingeridas como alimentos (Araújo & Moreira, 2006).

Segundo Escohotado (1996), antes do Hipócritas entre a técnica médica e magia eram unidos tudo aquilo que alterasse o ânimo era milagroso ou divino. As plantas com essas propriedades eram vistas pelos sacerdotes como enteógenas (criam Deus dentro da pessoa), instrumento fundamental para os curandeiros nas suas operações lustrais e divinatórias.

Para Andrade (1994), desde 7000 anos a.C., a utilização de plantas nos rituais religioso a propagou-se pela Índia, Europa e Américas. Uma espécie de cogumelo

produzia um suco que era fermentado e o resultado era um preparado alcoólico, útil como medicamento, na comunicação com Deuses e no alívio da dor física moral resultante das angústias. Os Sumérios, que viveram cinco mil anos a.C., numa região próxima do Golfo Pérsico, tornaram-se pioneiros ao deixarem as suas testemunhas nas suas tabuinhas, relativamente à relação íntima, estranha e fascinante dos homens com as drogas. Consideram Ópio sinónimo de “júbilo” e “regozijo” (Angel, Richard & Valleur, 2002).

De acordo com os mesmos autores os Egípcios extraíam o Ópio da Papoila utilizados simultaneamente como medicamento e veneno. Além disso, dois mil anos previamente à nossa época usavam cânhamo (Indiano) para fugir das preocupações diárias, fome, fadiga, quiçá para se aproximarem dos deuses, já que ela é consumida sob a injunção do sumo-sacerdote.

Nas civilizações Pré-colombianas os Incas mascavam as folhas de coca e chamavam-na de Mama Coca e crêem que a planta era uma dádiva dos deuses para que pudessem enfrentar tanto a fome como a fadiga (Escohotado,1996).

Nas escritas de Heródoto evoca as virtudes terapêuticas do ópio. Hipócrates, iniciador da observação clínica, embora recorria a tratamento simples, reconhecia que se podia aliviar o mal graças ao ópio e Galeno reforça que o ópio era um dos constituintes da teriaga¹ (Angel, Richard & Valleur, 2002).

No período da Antiguidade clássica, as substâncias psicoactivas foram utilizadas com fins médicas, rituais e profanas. A partir do século XVIII foram realizadas diversas experiências científicas, resultando numa enorme quantidade de medicamentos produzidos a partir dos alcalóides destas plantas (Araújo & Moreira, 2006).

Nos finais do século XIX, nos Estados Unidos, cocaína acabou por se tornar um dos componentes da *Coca-cola* (daí o nome “Coca”), e vendiam a heroína sob a forma de xarope sedativo não só para bebés como também para o tratamento para o alcoolismo (DuPont, 2005).

¹ Teriaga -preparação farmacêutica de uso comum contra as mordeduras de serpentes preparado por Galeno (primeiro médico “moderno” que influenciou todas as ciências médicas desde do século II ao século XVII da nossa era).

Segundo Escohotado (1996) baseando no espírito contestador do Romantismo, a finalidade de uso de substância psicoactivas era meramente recreativa. Foi uma época caracterizada pelo enorme complacência com surgimento de vinhos a base de coca, abertura de salões de ópio (*fumeries*) e consumo de *cannabis*.

Esta nova condição de consumo das substâncias psicoactivas, carente de princípio cultural e rituais de controlo, proporcionou novos padrões de uso, com surgimento de complicações e danos físicos, psicológicos e sociais. O Estado sentiu necessidade de criar mecanismos de controlo, sendo que nos finais do século XIX e princípio do século XX a zona ocidental contemporânea ocorreu-se o primeiro ciclo de intolerância ao uso de substâncias psicoactivas. Nos Estados Unidos essa perseguição

iniciou-se com ópio (1870), passou pela campanha contra cocaína e foi aprovada, *Harrison Act* (1914) a primeira lei contra essa substância que culminou na aprovação de um determinativo legítimo que interditava a venda, distribuição e o consumo de bebidas alcoólicas em todo território americano-*Volstead Act* (Lei Seca), que vigorou entre 1919 a 1933 (Araújo & Moreira, 2006).

A comunidade messiânica e sionista negra da Jamaica, crendo que o Imperador da Etiópia (o rás Tafari) os faria regressar a África, os “rastafarianos” precipitadamente evangelizaram que a *cannabis* é “uma erva sagrada crida por Deus com o fim de levar sabedoria do seu povo” (Morel, Boulanger, Hervé & Tonnelet, 2001).

No decorrer do século XX, as reduziadas listas de drogas existentes multiplicaram-se para números infinitos acompanhando as descobertas dos cientistas das moléculas produtoras de efeitos prazerosos ao nível cerebral: Foram o álcool passou a ser misturado aos barbitúricos, a cocaína às anfetaminas e metanfetaminas, e a *cannabis* a uma nova gama de drogas alucinogénias sintéticas desde o LSD, PCP (Fenciclidina) e MDMA (Metilenodioximetanfetamina). Os narcóticos sintéticos e semi-sintéticos eram analogamente numerosos, da metadona e hidromorfona a meperidina e heroína (DuPont, 2005).

Em 1943, enquanto decorria a segunda guerra mundial, imensos soldados consumiam as anfetaminas e Albert Hoffman descobriu o ácido lisérgico no quadro do laboratório farmacêutico suíço Sandoz, tendo mesmo, por advertência consumido este pó branco (Angel, Richard & Valleur, 2002).

Moreira e Araújo (2006) observam que desde o fim da década de 1970, o cenário das drogas passou por uma era de mudanças, pois chegaram aos diversos países um segundo período de intolerância às drogas liderado pelos Estados Unidos e reforçado pela elaboração das Convenções-Irmãs da ONU.

Em meados de 1975 e 1976 as sementes de uma planta denominada “*cannabis* sativa” “proveniente da Ásia Central e Ocidental difundida pela região tropicais e temperadas do mundo, conhecidas por Liamba, “*Padjinha*”, chegaram a Cabo Verde através dos Cabo-verdianos que regressavam da Angola, geralmente denominados de “Retornados D’Angola” (Veiga, 1992).

Segundo o mesmo autor esses retornados salientaram que trouxeram as sementes de “Cangonha” com objectivo de fazerem chá, para dores de cabeça e que em Angola usavam - nas como “tabaco”.

Actualmente, suas complicações clínicas e sociais são consideradas um problema de saúde pública (Beltrão *et al.*, 2003; Raupp & Sapiro, 2008; Pratta & Santos, 2009), constituindo uma realidade atemorizadora e, nessa incluía adolescentes, jovens e adultos, de todos os estratos sociais, profissões e religiões (Loureiro, André & Lopes, 2000), com a desestruturação familiar, isolamento social e afectivo, criminalidade e superlotação tanto nas celas prisionais como nos hospitais a afigurar-se entre as principais consequências desse problema (Feijão, 2004; White & Kurtz, 2006). Essa situação constitui objecto de preocupação não só para as famílias como também para as organizações governamentais e não-governamentais (White & Whithers, 2005).

Percebe-se que, ao longo dos séculos as drogas acompanharam os passos do homens e, por vezes, relacionado intimamente com estes funcionado com duas faces bem e mal vão continuar a fazê-lo, até os últimos momentos das suas vidas. É preocupante a crescente onda de novas drogas sintetizadas, cada vez mais aumenta o número de dependentes de substâncias psicoactivas e as comorbidades associadas a elas, tornado num dos mais sérios problemas de Saúde pública. Torna-se necessário um esforço global para tentar travar ou minimizar essas afluências de produção, tráfego e

consumo dessas substâncias cujas consequências negativas para a saúde do indivíduo, família, comunidade, sociedade e mundo são as mais sinistras possíveis.

2.2. História e caracterização das Comunidades Terapêuticas

De acordo com Prado e Queiroz (2012), as instituições entendidas como comunidades terapêuticas são antigas. O termo Comunidade Terapêutica foi, primariamente utilizado por Maxwell Jones, na Inglaterra, em 1959, para caracterizar um movimento de reforma do hospital psiquiátrico marcadas por medidas administrativas democráticas, participativas e colectivas.

A comunidade Terapêutica nasceu depois da 2^a guerra Mundial para atender os casos Distúrbio de Stress Pós-Traumático entre prisioneiros torturados e outros indivíduos que tinham sofrido tratamentos degradantes durante o conflito (Arnau, 2010).

As primeiras Comunidades Terapêuticas tinham fins diversos dos que hoje se conhece e, embora globalmente enquadradas numa configuração de saúde mental, destinavam-se inicialmente a promover, em ambiente seguro, a reabilitação psicossocial de soldados que padeciam de transtornos psíquicos decorrente de guerra (Instituto da Droga e Toxicodpendência, [IDT], 2011).

A aparente diminuta ajuda da psiquiatria tradicional aos pacientes dependentes químicos fez com que o Dr. Maxwell Jones, convidasse vários profissionais para “reunião mundial”, propondo investigar como falar directamente com seus pacientes em seu próprio nível, procurando deste modo revelar a imagem do autoritarismo hospitalar, com enorme insistência na ideia de auto-ajuda, de entreajuda, trabalho conjunto para ajudarem a si mesmos e uma as outras (Kalina & Kovadloff, 1998).

Em 1935, apareceu o grupo dos Alcoólicos Anónimos, fundado por Bill Wilson, definiram um regulamento moral de 12 passos, cuja princípio se fundamentou na intensa experiencia espiritual baseada no seu fundador, após este ter passado por diversas tentativas fracassadas de desintoxicação alcoólica através dos meios médicos tradicionais (Galanter, 2005, como citado em Sanchez & Nappo, 2007).

Para Olievenstein (1988) em 1958, foi criada, na Califórnia, a fundação *Synanon*, sociedade sem fim lucrativos, determinadas a ajudar a “ reabilitação e cura dos drogados”.

Fracasso (2011) refere que a Comunidade Terapêutica *Daytop Village* é o exemplo mais expressivo deste tipo de abordagem. Foi fundada em 1963 pelo William Bóbrien e David Deitch, tornando-se um programa terapêutico profundamente articulado.

Para a mesma autora essas abordagens terapêuticas proliferaram-se, transpondo o Oceano Atlântico, concedendo abertura a programas terapêuticos no norte da Europa, principalmente na Inglaterra, Holanda, Bélgica, Suécia e Alemanha.

Segundo Arnau (2010) com base em esquema proposto por Maxwel Jones refere que a metodologia de Comunidade Terapêutica caracteriza-se por um conjunto de traços e componentes, que são:

- Uma Comunidade Terapêutica é um centro residencial, em que se permanece a maior parte do tempo, onde os residentes convivem continuamente com os membros da equipa técnica;
- A permanência no centro tem uma duração determinada, pré-definida mediante critérios temporais ou com alcance de determinados objectivos, mas sempre com um limite temporal máximo;
- Cada Comunidade Terapêutica orienta-se perfazendo colectivo social com um perfil concreto e previamente estabelecido. Apenas indivíduos que têm o dito perfil estão capacitados para residir no centro;
- A admissão é voluntário sem recursos a estratégias e medidas de retenção que vão contra os direitos individuais dos indivíduos;
- Uma Comunidade Terapêutica exige a presença e a intervenção de uma equipa técnica multidisciplinar, com grande predomínio e componentes psicossociais e educativos;
- A vida em Comunidade Terapêutica trata-se de uma tentativa de reproduzir uma vida quotidiana real, em toda a equipa técnica e os residentes, cumprem com suas verdadeira regras, interagem e através de desenvolvimento dos seus papéis nesse micro sociedade, geram intensos e feitos sobre os residentes;

- A vida diária real em Comunidade é uma fonte de aprendizagem social produzido num contexto de especial intensidade das relações sociais, o que por seu turno implica, embora implicitamente, fortes controlos informais.
- A equipa técnica deve desenvolver num conjunto de procedimentos, facilitadores de intercâmbio de informações e as tomadas de decisões terapêuticas sobre os residentes, no sentido que essa complexidade não exceda ou transforma a Comunidade num espaço caótico e pouco terapêutico.
- A Comunidade Terapêutica recebe pessoa com diferentes tipos problemas com perfis diversificados, que geralmente apresentam uma combinação especialmente mortífera de problemas sanitários, sociais, psicológicos e morais. A admissão tem como objectivo primário ajudar a solucionar esses problemas, contudo o objectivo essencial é auxiliar os residentes construir racionalmente um projecto de vida alternativo desde qual tais problemas podem minimizar-se.
- Numa Comunidade Terapêutica os residentes não limitam apenas a receber ajuda profissional, mas adoptam uma postura progressiva crescentes responsabilidades assumindo regras que contribuem para dinamizar a vida comunitária, ajudando os mais novos a integrar-se no grupo. Através desse processo se desenvolva um potencial de auto-ajuda, que contribui significativamente para o desenvolvimento e a melhoria pessoal.
- Uma Comunidade Terapêutica é um centro residencial que ostenta inúmeras vantagens, contudo não soluciona todos os problemas dos residentes. Frequentemente os residentes apresentam situações problemáticas agudas e se requer um vínculo mais estreito com os serviços gerais, o que exige que a Comunidade Terapêutica tem nos seus quadros, técnicos capazes de realizar a tarefa que a coordenação pretende.
- A metodologia da Comunidade Terapêutica exige uma prática de avaliação contínua, pelo menos a três níveis: 1) avaliação dos casos individuais por parte da equipa técnica, 2) a avaliação dos processos, procedimentos e resultados grupais por parte de esta equipa técnica e se possível com supervisores externos, 3) avaliação dos resultados.

Para Fracasso (2011) existe uma hierarquia exclusivamente funcional e sem interferência nas relações entre os indivíduos e cada elemento responsabiliza pelo seu próprio desenvolvimento, pedindo ajuda necessária aos outros para se ajudar. Deste

modo, cada residente se torna “terapeuta” de si mesmo e dos outros constituintes do grupo da Comunidade. Tinoco (2006) considera fundamentais as concepções de auto-ajuda e responsabilidade partilhada. Coube a Todos os residentes assumirem as suas responsabilidades pelo que sabe, testemunham e sentem dentro de uma comunidade terapêutica e a reacção deve ser de todos residentes quando alguém errar.

Durante os anos 70 e maior parte dos anos 80, o conceito de Comunidade Terapêutica associou-se exclusivamente ao tratamento da heroína, como uma forte presença de componente de auto - ajuda (Leon, 2002, como citado em Arnau, 2010).

Na década dos anos 90, gradualmente ocorria a profissionalização das Comunidades Terapêuticas para adictos a drogas ilegais que se coincidiu com a restauração da metodologia no campo de acção de saúde mental e com sua projecção feita em outras áreas (NIDA, 2003). Os médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais são os profissionais especializados que passaram a figurar na equipa técnica de comunidades terapêuticas. Ainda, foram estabelecidas em certos sítios, novas técnicas, como aprendizagem social e o treinamento de habilidades (Leon, 1994).

Inspirado nos grupos de auto-ajuda, em Julho de 2005, foi criada a primeira Comunidade Terapêutica em Cabo Verde-Centro Nacional de tratamento dos indivíduos com maiores de 18 anos de idade (Ministério da Justiça & Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime, [MJ & ONUDC], 2011).

Nas comunidades terapêuticas profissionais, actualmente existe uma visão individualizada do toxicodependente, de maneira que dentro de um programa geral, existe um processo avaliativo específico, considerando os factores comportamentais ou de personalidade, sociológicos, fisiológicos, educacionais e culturais.

Assim cada indivíduo será incorporado dentro do programa geral (Gil & Arroyo, 2010). Nesta perspectiva, a moderna comunidade terapêutica veio enquadrar este modo de intervenção sob o processo mais científico e humano (Tinoco, 2006).

2.3. Dependentes de Substâncias Psicoactivas

Há uma estreita relação entre dependente de substâncias psicoactivas e dependência de substância. Sendo assim, segundo a dependência de substâncias é descrita por um agregado de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, evidenciando de que o individuo continua a consumir a substância, não obstante as dificuldades relevantes relacionados com esta. Existe um padrão de auto-administração repetida que resulta geralmente em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo de drogas (Associação Psiquiátrica Americana [APA], 2002).

No que se refere ao pensamento, os toxicodependentes, manifestam um mundo de ideia que lhe é peculiar, caracterizado por uma desorganização ideativa sempre acompanhados por importantes níveis estimulação dolorosa, relacionados com uma intensa situação de angústia e com enorme dificuldade de controlo a tolerância ao stresse (Agra, 1998)

A respeito do efeito da droga constantemente o dependente é dominado por angústias e temores cuja intensidade o transforma em sentimentos absolutamente intoleráveis para seu ego e, “a pós o consumo de drogas, o sentimento de fragilidade é transforma em sentimento de excepcional de estabilidade e força: mera alucinação de ter conseguido vencer o insucesso do ego (Kalina & Kovadloff, 1988). O mesmo autor chama atenção para o facto de que a relação do toxicodependente com o meio é inconsistente, pois instante orienta-se pelo mundo das suas ideias e pensamentos, momento pelos aspectos afectivos, emocionais e externas que construiu no seu interior.

Leon (2003) esclarece que relativamente ao aspecto psicológico, que o dependente químico tem uma percepção negativa de si mesma, pois exterioriza baixa auto-estima, identidade pessoal negativa, dificuldades em gerir os seus sentimentos, reduzida tolerância, sentimentos de culpa, hostilidade e raiva, disforia² e anedonia.

Segundo Bergeret (1988, p.65) por mais de três décadas de investigação constatou-se “que não existe nenhuma estrutura de personalidade própria da toxicodependência e que a toxicodependência não pode apresentar-se como exclusiva

²Anedonia – diz respeito a perda da capacidade de sentir prazer enquanto disforia refere aos sentimentos perturbados.

nem de um estado mórbido nem de um estado natural da estrutura do próprio sujeito”.

Contudo, Leon (2003) destaca algumas características típicas dos dependentes químicos relativamente a aprendizagem social: percepção limitada de quantas as suas acções afecta a si como aos outros e da maneira que são afectadas pelas acções dos outros; dificuldade para pensar nas consequências do comportamento impulsivo; Lacuna de julgamento para resolver problemas e tomar decisões uma vez que funciona no imediatismo; dificuldade de identificar a relação entre suas acções, sentimentos, e drogas; imperfeição na compreensão da realidade, pois percepçiona a realidade diferente daquilo que é, confundindo com seus próprios sentimentos e limitação originados pelo despreparo para o seu auto-sustento através de ocupações profissionais, ou, quando não é o caso, os prejuízos advém do envolvimento com drogas.

2.4. Dados epidemiológicos sobre uso de drogas

Segundo o mais recente relatório sobre a utilização de substâncias psicoactivas produzido pelo Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC, 2012) indica que, em todo o mundo, o consumo e produção de drogas ilícitas tradicionais (cocaína, heroína, *cannabis*), mantém-se estável, apesar de algumas mudanças no fluxo e mercados de consumo dessas substâncias, com propensão de crescimento nos países em desenvolvimento. O referido relatório á nível mundial estima que em 2010 entre 153 milhões e 300 milhões de pessoas na faixa etária de 15 aos 64 anos (entre os 3,4% e os 6,6% da população mundial desse grupo de idade) consumiram uma substância ilícita pelo menos uma vez no último ano.

Por sua vez, a World Health Organization [WHO] (2011) estima que 76,3 milhões de pessoas sejam dependentes de álcool e 15,3 milhões apresentem transtornos mentais e comportamental em decorrência do uso de outras drogas.

Cerca de 2,3 milhões de consumidores de substâncias psicoactivas por injeção tinham contraído hepatite B. Há cada vez mais indícios de que o consumo de drogas por outros meios diferentes da injeção também acarreta um maior risco de contrair o VIH, especialmente por falta de protecção nas relações sexuais (*United Nations Office on Drugs and Crime* [UNODC], 2012).

Do ponto de vista da prevalência, de acordo com aquele organismo das Nações Unidas, a *cannabis* continua sendo a substância ilícita de maior consumo mundial, com uma prevalência estimada em 2010 de 2,6% e 5% da população adulta (entre 119 milhões e 224 milhões de usuários de 15 a 64 anos de idade). A prevalência anual de consumo de *cannabis* em África, especialmente em África ocidental e central, é muito superior a média mundial (5,2% a 13,5% da população de 15 a 64 anos). Cerca de 50% da droga traficada na África Ocidental, incluindo Cabo Verde e Guiné-Bissau, ali permanece e as substâncias psicoactivas mais usadas são a *cannabis* seguida das anfetaminas e depois a heroína.

Os opioides são tipo de substâncias psicoativas predominante na demanda de tratamento em Ásia, Europa e também contribuem significativamente na demanda de tratamento em África, América do Norte e Oceânia. O tratamento relacionado com o consumo de cocaína está em demanda principalmente em América, apesar que o *cannabis* é a droga que dá lugar a maior demanda de tratamento em África (*United Nations Office on Drugs and Crime* [UNODC], 2012).

O Ministério da Saúde de Cabo Verde [MSCV] (2009) no seu estudo sobre a “saúde e estilo de vida dos adolescentes Cabo-verdianos frequentando o ensino secundário” efectuado em Cabo Verde, evidenciou que, o início do uso de substâncias psicoactivas nos adolescentes verifica-se precocemente, sendo para *cannabis* 14 anos e para a cocaína 15 anos. A droga mais experimentada é a *cannabis* numa proporção de 6% nos rapazes onde ocorre mais cedo e 2% nas raparigas.

Um relatório produzido pela Comité de Coordenação do Combate à SIDA [CCS-Sida] (2011) sobre “cartografia e Estudo Sócio comportamental e de Seroprevalência do VIH/Sida nas Profissionais de Sexo” “os dados apontam que as drogas mais consumidas são a *cannabis* (93,9%), cocaína (55,0%), Haxixe (19,3) e Heroína (12,5%) e, a prevalência do VIH nas Trabalhadoras profissionais de Sexo (TPS) é significativamente superior (6,0%) quando comparada com as TPS que não consomem drogas (4,2%).

Convém ressaltar que este estudo foi realizado nos principais concelhos do país, que teve por grupo alvo, os usuários de drogas nas cadeias, instituições de tratamento e nas comunidades onde o problema de consumo de droga é mais preocupante.

De acordo com 1º Inquérito Nacional sobre a prevalência de consumo de substâncias psicoactivas na população geral, realizado e produzido pela (Comissão de Coordenação do Combate à Droga-Ministério da Justiça [CCCCD-MJ] (2013), revelam que Cabo Verde apresenta taxas de prevalência de declarações de consumo de qualquer substância psicoactiva ilícita ao longo da vida de 7,6 % entre a população residente entre os 15 e 64 anos, sendo de longe a substância ilícita mais consumida, a *cannabis* apresenta uma taxa de prevalência de 7,2% ao longo da vida e de 1,5 % ao longo do último ano.

Os homens consomem mais cocaína do que as mulheres: 66,7% dos homens e 33,3% das mulheres consumiram actualmente esta substância, sendo que a maioria dos actuais consumidores desta substância é jovem com idade compreendida entre 15-24 anos (66,7%). O álcool é a substância lícita mais consumida na população geral e apresenta uma prevalência de 63,5% ao longo da vida, seguida de tabaco 17,4% e de medicamentos (sedativos/hipnóticos /estimulantes) 8,8%.

2.5. Programa Nacional Integrado³ de Luta Contra Droga e Crime em Cabo Verde (2012-2016)

De acordo com os dados de recenseamento de 2010, a população residente é de 492 mil habitantes aproximadamente, sendo 50,5% é população feminina. Pode-se dizer ainda que 32% da população tem menos de 15 anos, 43,7% tem menos de 20 anos e 54% tem menos de 24 anos de idade. O aumento anual da população é de 1,2%. Actualmente a esperança de vida é de 77 anos para mulheres e 69 anos para homens.

Cabo Verde está inserido na zona estratégica do tráfico internacional, entre a Europa, a África e a América do Norte e do Sul. Este factor, aliado à sua excelente posição geográfica no mundo e ao facto de possuir um vastíssimo mar (700 Km² de águas territoriais), constituem factores propensos a atracção de grupos e redes internacionais organizados ligados à criminalidade transfronteiriça, sendo a droga um dos exemplos. Não se pode excluir que as águas territoriais, principalmente nos espaços desprotegidos, sejam utilizadas para outras práticas de crime transnacional.

Para melhor conhecimento da realidade no que tange ao consumo de drogas e a toxicodependência em Cabo Verde, pode-se recorrer, principalmente, de alguns estudos exploratórios e de estimativa bem como de alguns relatórios que foram realizados e apresentados sob a iniciativa da CCCD e ou de outras entidades relevantes na matéria:

- Estudo Qualitativo e Estimativa do Tamanho de duas Populações em risco para o VIH/SIDA: usuários de drogas injectáveis e profissionais do sexo 2006
- Estudo de Opinião Pública sobre a Criminalidade em Cabo Verde (2006 e 2008)
- Inquérito sobre o crime e a corrupção em Cabo Verde (2006 e 2008)
- Estudo sobre a situação das drogas e sua relação com o VIH/Sida-2008
- Estudo Sócio-comportamental e de Sero prevalência do VIH/Sida nos Usuários de Drogas 2011.

³ O Programa Nacional Integrado de Luta contra a Droga e Crime em Cabo Verde (2012-2016) foi disponibilizado pela Comissão de Coordenação de Combate à Droga.

2.5.1. Análise e avaliação de algumas medidas implementadas

Relativamente ao quadro legal diversas medidas foram implementadas no ao nível do plano nacional, plano regional e plano internacional no Quadro Institucional foram criadas Estruturas de Coordenação e de Repressão, polícia e outras entidade como a Comissão de Coordenação do Combate à Droga, que é uma comissão Interministerial para o controle de drogas também chamada CCCD, tutelada pelo Ministério da Justiça, foi criada em 1995. Além do Ministério da Justiça também fazem parte dessa Comissão, Representantes do Conselho Superior da Magistratura Judicial e do Ministério Público, os Ministérios da Saúde, da Educação, das Finanças, das Relações Exteriores, da Defesa, do Trabalho e Solidariedade, Comissão Nacional dos Direitos Humanos e da Cidadania e da Juventude. Sete ONGs activas no sector incluindo a Associação Nacional do Municípios de Cabo Verde vem completar o comité.

A CCCD tem como principal atribuição a coordenação de todas as acções de luta contra a droga no país e teve como a primeira tarefa a elaboração de um Programa Nacional de luta contra a Droga (1999-2001) com objectivos e resultados esperados nas diferentes vertentes do combate a droga (Prevenção primária, tratamento, reinserção social e repressão).

2.5.2. Estruturas de prevenção e de tratamento

Cabo Verde conta com diversas estruturas de prevenção e tratamento entre as quais os Centros de Juventude, Comunidade Terapêutica Granja S. Filipe - CTGSF, Tendas do El Shadai/JOCUM, Comité de Coordenação da Luta contra a SIDA – CCSSIDA, Rede da Sociedade Civil, VERDEFAM, Associação cabo-verdiana para a Protecção da Família, Direcção Geral dos Serviços Penitenciários e de Reinserção Social, Direcção dos Serviços de Reinserção Social e a Comissão de Coordenação de Combate à Droga, sendo o Secretariado Permanente da CCCD, coordenado pela Secretária Executiva é o serviço responsável pela coordenação das acções de prevenção ao uso de drogas.

Destaca-se que através do Decreto do Decreto-Lei nº 50/2005, de 25 de Julho foi criada a primeira Comunidade Terapêutica-Centro Nacional de tratamento dos Toxicodependentes masculinos e femininos com maiores de 18 anos de idade. É um centro de recuperação em regime residencial e que, sob a supervisão e a coordenação da

CCCD tem como atribuições: o tratamento, a recuperação e a reintegração social dos toxicodependentes.

Garante o acompanhamento médico, psicológico e complementarmente tem actividades no domínio da terapia ocupacional seja via formação profissional e seja via desenvolvimentos de actividades produtivas ou geradoras de renda. Para ser internado na CTGSF o interessado deve dirigir-se às Delegacias e Centros de Saúde, Serviços de Psiquiatria ou CCCD, para avaliação e encaminhamento à CTGSF. Desde a sua criação foram estabelecidos protocolos de articulação com as estruturas de saúde a nível nacional de forma a facilitar os cuidados e tratamentos das toxicodependências a nível das localidades. Ainda, conseguiu estabelecer protocolos de articulação com as estruturas judiciais e estabelecimentos de reinserção social, para em que circunstância o toxicodependente estiver o seu tratamento seja assegurado.

2.5.3. Medidas e políticas adoptadas

O Governo tem prosseguido com uma abordagem multisectorial concertada e integrada, no tocante à prevenção e combate ao tráfico e ao consumo de droga. Assim, no quadro da materialização da estratégia nacional de luta contra a droga e crime conexo de 2004, que implicou vários intervenientes, é de realçar os avanços no domínio da redução de oferta de drogas, no domínio da redução da procura/desafios globais, no Reforço do Estado de Direito Democrático e de Luta contra a Criminalidade Transnacional e Organizada e Assistência técnica e cooperação internacional.

2.5.4. Desafios Prioritários de Cabo Verde em matéria do Combate à Droga e Crime

O tráfico de drogas e o crime organizado são ameaças para a segurança e a estabilidade do país. Sendo assim, é de se reconhecer que o compromisso e a cooperação entre todos os intervenientes serão necessários para se garantir a segurança à nossa população é um dos suportes para garantir, também, a sustentabilidade do país. A África Ocidental representa para as Nações Unidas em geral e para o ONUDC em particular um dos grandes desafios e continua a ser uma das suas principais prioridades, enquanto sub-região mais instáveis do mundo, onde se regista um aumento do tráfico e consumo de drogas, sinais de produção, pirataria e insegurança.

Nesse cenário, a localização geoestratégica de Cabo Verde requer uma atenção especial sobre os desafios associados ao desenvolvimento do terrorismo internacional, o branqueamento de capitais, o tráfico de seres humanos e de drogas.

Um outro factor inquietante é o aumento do consumo abusivo do *Crack* que requer reforço de programas de prevenção (incluindo HIV /SIDA), com ênfase na juventude e nos usuários de drogas e toxicodependentes, incluindo mulheres usuárias de drogas. Esses fenómenos afectam principalmente a população masculina e jovens desempregados e têm consequências sobre o tecido social de Cabo Verde, levando o Estado a tomar medidas para melhor compreender a magnitude de tais eventos e planejar intervenções mais eficazes.

O programa nacional integrado é abrangente, multidisciplinar, multisectorial, e transversal. Resultado de um trabalho de diversos sectores governamentais e não-governamentais, e serviços competentes na matéria e tem como objectivo a médio prazo consolidar os ganhos conseguidos por Cabo Verde em matéria de luta contra o narcotráfico e crime organizado, reforçar e melhorar a capacidade de resposta das autoridades nacionais em matéria de prevenção, garantindo saúde, paz e segurança no quadro da promoção dos direitos humanos e da boa governação.

Para a materialização do programa nacional integrado de combate à droga e crime, foram eleitos quatro eixos prioritários de intervenção: Prevenção e Pesquisa; Tratamento e Reinserção Socioprofissional dos Toxicodependentes; Combate ao Tráfico Ilícito, Crime Organizado e Terrorismo e Justiça e Integridade.

2.6. Tratamento

Em virtude do carácter crónico dos quadros psicopatológicos decorrentes do uso das substâncias psicoactivas e das frequentes recaídas dos usuários que tentam entrar em abstinência, gradualmente o tratamento de grande parcela desses usuários passou a ser realizado em CTs. Contudo, sabe-se que o sucesso de qualquer terapia, controle ou prevenção de uma patologia depende, essencialmente, da adesão ao tratamento (Benbrahim, García, Sáez & Gastelurrutia, 2009). Isso é particularmente válido para o tratamento de dependentes de substâncias psicoactivas em comunidades terapêuticas.

Para Reiners, Arruda, Vieira e Azevedo (2008) os estudos relativos à adesão fundamentam-se na percepção dos profissionais de saúde de que os pacientes são os grandes responsáveis pela problemática e que o defeito dos técnicos assenta na promoção dum entendimento de maior profundidade concernente a adesão.

Neste sentido, Ogden (2004) observa que uma das intervenções para aperfeiçoar a adesão dos dependentes de substâncias psicoactivas ao tratamento está vinculado ao aprimoramento do conteúdo da comunicação.

Os profissionais de saúde, principalmente os que trabalham com esta problemática, têm uma responsabilidade, embora menor do que a do paciente, quando a questão é adesão ao programa de tratamento. Assim, uma investigação atribui maior responsabilidade ao paciente quanto a adesão ao tratamento e, que tanto os profissionais como os serviços de saúde sejam co-responsáveis por processo (Reiners *et al.*, 2008). Isto sugere que um dos meios de melhorar a resposta ao programa de tratamento dos residentes numa comunidade terapêutica passe precisamente, por uma melhoria na comunicação e uma boa adesão ao programa de tratamento. De qualquer forma, é necessário um melhor entendimento do fenómeno em estudo.

Por outro lado, Nobrega (2005) refere que “certos autores apontam para a dificuldade da mulher alcoólatra e usuários de outras drogas (além do álcool) em buscar ou encontrar tratamento adequado para as suas demandas”. As mulheres na CTGSF relatam que, muitas vezes, durante algumas sessões de terapias de grupo, sentem-se constrangidas e não partilham com profundidade, já que os homens manifestam dificuldades na percepção das suas partilhas e, por conseguinte, as ajudas que recebem não são as mais adequadas.

De acordo com um estudo de Cesar (2006), num espaço específico para tratamento de Grupo de Mulheres Alcoólatras revelou uma adesão ao tratamento de 70% das mulheres atendidas contra 10% antes da criação desse espaço. Mas, considera os dados insuficientes para indicar a necessidade de tratamento das mulheres separadamente dos homens, contudo é de opinião que mudanças nos modelos de atenção junto às mulheres alcoólatras poderiam favorecer acções mais efectivas por parte das equipas de saúde nessa área.

Assim, poderá melhorar um pouco mais a resposta ao programa de tratamento das mulheres na CTGSF, tendo em conta que um pouco mais de 80% das mulheres não respondem adequadamente ao programa de tratamento.

2.6.1. Factores gerais que contribuem ou dificultam completar o programa de tratamento

O término de tratamento é uma questão complexa para os que lidam com a dependência química já que envolve complexas questões de natureza socioeconómica, física, biológica e legal tanto próprias dos dependentes de drogas como daqueles que os rodeiam (Lacks & Quaglia, 2006). Sabe-se que a recuperação dos dependentes de substâncias psicoactivas é um processo de longo prazo, todavia as pessoas deixam o tratamento precocemente, o que resulta em recaídas frequentes; portanto, a permanência em tratamento por um período adequado é fundamental para a recuperação (*National Institute on Drug Abuse*, 2012).

Na literatura científica, são escassos os dados referentes à resposta ao programa de tratamento numa CT. Uma dessas respostas é, precisamente, o abandono, que pode ser considerado como um dos indicadores de insucesso das actividades terapêuticas.

O abandono dos tratamentos constitui um dos principais problemas na área de saúde, particularmente importante nos programas de tratamento das dependências de substâncias psicoactivas (Villa & Benavente, 2000). Alguns autores chamam atenção para existência de elevadas taxas de abandono de tratamento frequentemente encontradas em programas de saúde mental, em geral (Young, Grusky, Jordan & Belin, 2000). Há informações que estudos recentes conduzidos em centros de saúde mental em diversos países, dentre os quais Inglaterra, Estados Unidos e Espanha, estimaram taxas de abandono variando entre 24% e 66% (Bados, Balaguer & Saldaña, 2007).

Negrete, López e Silvestre (2010) afirmam que o abandono do tratamento pode variar entre 20% e 80%, dependendo, principalmente, das características do usuário ou do tratamento. Nesta lógica, Fiorini (2004) observa que o problema do abandono nas psicoterapias alcança uma gravidade preocupante, chegando mesmo a atingir de 30 a 65% dos casos, com intervenção de uma série de variáveis. Sirvent *et al.* (2010)

percepcionam que este fenómeno constitui uma crescente preocupação e prioridade nas tarefas de investigação.

Goñi (2005) num estudo *ex-post facto*, de carácter prospectivo, com uma amostra de 618 indivíduos dependentes de álcool, haxixe, anfetaminas, barbitúricos, heroína, cocaína, *speed ball* e alucinógenos, *crack* e outras substâncias psicoactivas realizada e Comunidade Terapêutica de *Proyecto Hombre de Navarra*, Espanha constatou que apenas 34,3% concluíram o tratamento. O mesmo pesquisador referiu que não houve diferença nas taxas de conclusão e de abandono de tratamento nos indivíduos com histórias de internamentos prévios.

Diez *et al.* (2000) num estudo longitudinal com uma amostra com 231 sujeitos dependentes de heroína, cocaína, tabaco, álcool, anfetaminas, psicofármacos e hipnóticos, realizada em Unidade de Desabilitação Residencial “*Balsa Blanca*” verificaram que o tempo médio de permanência em programa de tratamento era de 4,8 meses, e 31,2% dos sujeitos que compuseram a sua amostra finalizaram com êxito o programa de tratamento. Os mesmos pesquisadores afirmam que os indivíduos que tinham consumido a droga por mais tempo apresentaram maior probabilidade de concluir o programa terapêutico.

Perrone (2012) num estudo em duas CTs no interior do Estado de São Paulo, Brasil, com dependência de álcool e dependência cruzada constatou que 55% e 75% dos residentes desistiram de tratamento nas referidas CTs, respectivamente. Numa destas, 58% dos residentes que abandonaram o tratamento já haviam estado internados anteriormente apenas em CT.

Seabra, Negrão, Barbosa e Nassano (2010) num estudo com 241 indivíduos, dos quais 204 eram homens que entraram num programa de redução de riscos e minimização de danos através de um programa de metadona em Torres Vedras, Portugal verificaram que, os sujeitos permaneciam em média 2,3 meses, cuja taxa de abandono de tratamento era de 49% cerca de 49,3% dos doentes consumiam cocaína, à entrada simultâneos com heroína, bem como outras substâncias, designadamente *cannabis*, revelando uma clara situação de consumo de múltiplas drogas.

Ravndal *et al.* (2005) num estudo prospectivo de 13 programas em Noruega com uma amostra consecutiva de 307 sujeitos dependentes de heroína, álcool e outras substâncias psicoactivas mostram que apenas 40% dos sujeitos completaram o tratamento indicado, independentemente de serem pacientes de primeira internação ou não. Esses autores referem, que em estudos nórdicos e internacionais, a percentagem dos dependentes que completam o tratamento varia entre que 20% e 40%, e que os pacientes que tinham consumido anfetaminas de forma habitual entre três e cinco anos tinham significativamente mais probabilidade de completar o tratamento que os clientes que as tinham consumido durante menos tempo.

De acordo Tissot (2006) num estudo qualitativo realizado em Comunidade Terapêutica Greenwood, São Paulo por Tissot, com 31 pacientes dependentes de substâncias psicoactivas mostrou que 47,8% deles abandonou precocemente o tratamento. Mooney *et al.* (2007) afirmam que as taxas de conclusão de tratamento são muitas vezes iguais ou inferiores a 50% ou inferior. Por seu turno, Goñi *et al.* (2008), num estudo de uma amostra de 61 pacientes dependentes de heroína, cocaína, *speed ball* (mistura de ambas as substâncias), álcool, *cannabis* do *Proyecto Hombre* de Navarra, Espanha, relataram taxas de abandono que variaram entre 60% e 80 % tanto no tratamento ambulatorial como no residencial, na sua maioria homens, solteiros (77%) e de baixa escolaridade.

Hervás *et al.* (2010) em seu estudo de 91 dependentes de cocaína, realizado em várias unidades de assistenciais públicas de uma cidade espanhola, constataram que 50,5% deles abandonaram o tratamento antes de seis meses de tratamento.

A partir das elevadas taxas de abandono observadas pela maioria dos pesquisadores que examinaram essa questão, diversas investigações se propuseram a identificar os factores responsáveis por esse abandono. Entre os factores mais pesquisados se encontram género, idade, tempo de uso, gravidade do quadro, tipo de droga usada e presença de alterações psicopatológicas prévias ao uso de substâncias psicoactivas. Os achados até agora estão longe de serem conclusivos, como veremos a seguir.

Maglione, Chao e Anglin (2000) numa amostra de 2337 sujeitos dependentes de metanfetamina num programa de tratamento ambulatorio mostraram que os pacientes homens têm uma maior probabilidade de abandono do tratamento do que as mulheres.

De acordo com Negrete *et al.* (2010), num estudo retrospectivo, elaborado com dados recuperados de expedientes e de bases de dados do Sistema de Informação Epidemiológica do Consumo de Drogas de Centros de Integração Juvenil, Enseñanza, México a partir de selecção de uma amostra inicial de 1922 usuários de drogas ilícitas encontraram que, comparadas com os homens, uma proporção significativamente maior de mulheres concluíram o tratamento. Por sua vez, Mangado (2009) num estudo observacional retrospectivo de tratamento em grupo, com uma amostra de 1432 dependentes de álcool, cocaína e heroína, avaliou o papel do género na retenção no tratamento em uma Unidade de Toxicoddependência, Madrid, Espanha e encontrou diferenças relevantes na evolução de tratamento segundo o género: os homens tiveram melhor prognóstico que as mulheres.

As pesquisas de Monteiro *et al.* (2011) de natureza quantitativa, realizado no município de Teresina, cujo objetivo era levantar o perfil sociodemográfico e a adesão ao tratamento de dependentes do álcool no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, através do levantamento de informações presentes nos prontuários dos 227 sujeitos verificaram que na faixa etária entre 15 e 18 anos, a média de permanência encontrada foi de 5,5 meses (desvio padrão $\pm = 4,3$); para a faixa compreendida entre 19 e 59 anos de idade, foi de 6,3 meses (desvio padrão $\pm = 5,1$) e para 60 anos e mais, a média em meses foi de 9,8 e desvio-padrão de 10,4. Os mesmos autores constataram que, 55%, da amostra usava diariamente o álcool, seguido de 35,2% para mais de três vezes por semana e 8,8% para uma a duas vezes por semana e 0,8% consumia quinzenalmente.

Por sua vez, segundo Portugal *et al.* (2010), os pacientes atendidos no Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo, antes do início do seu tratamento, constataram que a maioria dos sujeitos pesquisados (26,3%) consumia de 21 a 25 doses de álcool.

Laranjeira, Pinsky, Zaleski e Caetano (2007) averiguaram que na região sul do Brasil, o consumo de álcool era de cinco doses, sendo cinco para homens e quatro para

mulheres, que é considerado o beber de maior risco, 29% bebe dessa forma e 48% abaixo de duas doses. No que se refere a frequência de uso, Negreiros (2002) observou que cerca de 84,6% dos entrevistados consumiam a droga principal diariamente, e apenas 3% concordavam que o consumo era regular, ou seja, três vezes por semana durante pelo menos um mês.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [SENAD] (2011) em parceria com outras instituições realizaram uma pesquisa sobre o Perfil dos usuários de *crack* e/ou similares no Brasil, tomando como referência as 26 capitais, o Distrito Federal, municípios seleccionados das nove Regiões Metropolitanas Federais e uma amostra representativa de cidades de pequeno e médio porte, seleccionadas a partir dos dois extremos, constaram que há forte superposição do uso de *crack*/similares com o consumo de drogas lícitas, sendo o álcool e o tabaco as mais consumidas, mais de 80% dos usuários no Brasil. Ainda, verificaram que número médio de pedras usadas por usuário nas capitais é de 16 por dia, e nos demais municípios, o número é de 11 pedras ao dia.

Por outro lado, Sirvent *et al.* (2010), num estudo retrospectivo de dois anos, pesquisando os motivos da alta em dispositivos assistenciais de *Fundación Instituto Spiral*, Oviedo Espanha numa amostra de 231 sujeitos dependentes de cocaína, opiáceos, haxixe, álcool, psicofármacos e múltiplas drogas, não encontraram diferenças significativas entre abandono e género e idade, sugerindo que nem o género nem a idade, por si só são factores de risco para não conclusão de tratamento.

Há indicações de que os indivíduos mais jovens abandonam mais precocemente o tratamento (Ribeiro *et al.*, 2008;Monteiro *et al.*, 2011). A confirmar tal hipótese, Almeida, a partir de uma pesquisa descritivo-exploratória de abordagem quantitativa, de carácter retrospectivo, realizado com uma amostra de 706 indivíduos usuários de álcool, tabaco, *crack*, *cannabis*, cocaína, inalantes e medicamento evidenciou que o factor idade esteve associado ao abandono de tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, no Município João Pessoa Brasil (Almeida, 2013).

Por outro lado, David *et al.* (1997), numa amostra de 74 heroinodependentes admitidos sucessivamente num programa terapêutico denominado Tratamento Combinado por Etapas no Centro de Atendimento de Toxicodependentes, Lisboa

verificaram que a idade foi preditor significativo do tempo total de permanência no programa: quanto maior a idade do indivíduo, menor foi o tempo de permanência no programa de tratamento. Entretanto, Villa e Hermida (2000) mencionam um estudo realizado por Garfield, em que este autor, já em 1994, afirmava que as variáveis como idade e gênero, bem como as variáveis medidas por testes psicológicos não eram bons preditores do abandono ou da finalização de tratamentos psicológicos.

Num estudo pré-experimental, realizado em Rio Grande do Sul, Brasil, com uma amostra 103 adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas (*cannabis*), Oliveira *et al.* (2010), constataram-se que os adolescentes que possuíam o diagnóstico de transtorno de conduta apresentaram maior tendência a desistir do tratamento.

Os pesquisadores Montalvo *et al.* (2008) desenvolveram em Comunidade Terapêutica da Fundacion Proyeto Hombre de Navarra, Espanha um estudo *ex post facto*, de carácter prospectivo num universo de 125 pacientes foi retirado uma amostra de 42 pacientes dependentes da heroína, cocaína, álcool, anfetaminas e benzodiazepinas, mostraram que, pelo menos 76,2% dos pacientes apresentava um transtorno de personalidade, sendo que o transtorno de maior prevalência é o transtorno anti-social da personalidade (42,9%), seguido de transtorno passivo- agressivo da personalidade (40,5%) e do transtorno narcisista da personalidade (21,4%) e concluíram que a presença de perturbações de personalidade associou-se com uma maior e mais precoce probabilidade de abandono do tratamento.

Numa amostra de 74 heroinodependentes admitidos sucessivamente num programa terapêutico denominado Tratamento Combinado por Etapas (TCE), num Centro de Atendimento de Toxicodependentes, em Lisboa, encontraram uma relação entre escolaridade e o tempo total de permanência dos sujeitos no programa, ou seja, quanto menor a escolaridade do indivíduo, menor foi o tempo de permanência esperado no tratamento. Cerca de 68% desses indivíduos não tinham realizado nenhum tratamento anterior, e nos estudos Nórdicos e internacionais a percentagem dos dependentes que completam o tratamento como é devido varia entre que 20% e 40% e, os clientes que tinham consumido anfetaminas de forma habitual entre três e cinco anos tinham significativamente mais probabilidade de completar o tratamento que os clientes que as tinham consumido durante menos tempo (David *et al.*,1997). Portanto, um baixo

nível educativo e baixa escolaridade influem também no abandono do tratamento (Szal *et al.*, 2000; Sayre *et al.*, 2002; García *et al.*, 2007; Rodríguez *et al.*, 2007).

Peixo *et al.* (2010) analisaram 316 prontuários de pacientes do CAPSad de Campo Grande (MS), com isso, puderam observar que os grupos de pacientes que aderem ao tratamento apresentaram maior tempo de uso de drogas, 20,0 anos (desvio padrão = 13,8), contra 15,7 anos (desvio padrão = 12,6) do grupo que não aderiram ao tratamento. Por seu turno, Díez *et al.* (2000) num estudo longitudinal com uma amostra com 231 sujeitos observaram que o tempo de consumo de um a cinco anos corresponde a 39,8 % dos casos, de seis a 10 anos 30,8 % dos casos, 11 a 15 anos 23,8% dos casos, e 16 a 20 anos em 5,6 % dos casos.

Finalmente, dados da NIDA apontam que cerca de 60% dos dependentes químicos pesquisados já tinham alguma experiência anterior de tratamento, sem resultados positivos (NIDA, 2011). Surjan, Pilon e Laranjeira (2000), numa pesquisa realizada em clínica de recuperação na cidade de São Paulo, com pacientes dependentes de álcool e outras drogas cerca de 48% deles já tinham efectuado pelo menos um tratamento anterior.

Neste sentido, processos relevantes para a conclusão dos tratamentos têm sido evidenciados por vários estudos, como a adesão e o envolvimento nestes.

Veremos, seguidamente que, essas pesquisas têm identificado conjunto de factores influentes nos processos mencionados e, seguindo como referência seus resultados, norteia o desenvolvimento de operações específicas no intuito de incrementar a termo dos programas de tratamentos.

2.6.2. Factores que interferem com a adesão e o envolvimento em programas de tratamento e sua conclusão

Os dependentes de substâncias psicoactivas demonstram enorme dificuldade em manter-se no tratamento e têm uma árdua tarefa de focalizar na aquisição de novos hábitos em detrimento da rotina de consumo de drogas. Na linha de pensamento de Hervás *et al.* (2010), pode-se afirmar que a maior ou menor probabilidade do abandono do individuo relaciona-se com a convergência de vários factores e variáveis não só relacionados com os pacientes como também relacionados com o tratamento que

dinamicamente interagem ao longo do processo de tratamento. Nesta perspectiva, Almeida e Xavier (1995) consideram indispensável aperfeiçoar a efectividade dos programas de tratamento no intuito de melhorar os resultados obtidos pelos pacientes

A adesão é um factor importante para o sucesso do tratamento (Marques *et al.*, 2002), e essencial para a predição da evolução do tratamento (Simpson *et al.*, 1997), afigurando-se como um dos determinantes fundamentais para o êxito do tratamento e a não adesão é um grave problema que afecta tanto o paciente como o sistema de saúde (Jimmy & Jose, 2011). Presume-se que a existência de determinadas peculiaridades intrínsecas aos indivíduos tem dificultado a adesão a programas de tratamento em CTs.

No entanto, é legítimo pensar que pacientes com determinadas características se adaptariam melhor a um determinado tipo de tratamento que colmatasse adequadamente suas necessidades (Lacks & Quaglia, 2006), que aumentasse seus índices de adesão e, consequentemente, levasse a uma maior efectividade do tratamento (Fuller, 1991).

Neste sentido, a taxa de abandono dos programas de tratamento é um dos problemas mais graves no âmbito das toxicodependências. A identificação precoce de factores preditor de risco de abandono pode proporcionar informação útil sobre as necessidades específica de tratamento deste tipo de paciente (Hervás *et al.*, 2010), sendo a aceitação do problema do paciente é primordial no início e no decorrer do tratamento constitui um desses factores (Janeiro, 2007).

2.6.3. Factores que contribuem para a adesão e o envolvimento em programas de tratamento e sua conclusão

A retenção no tratamento de dependência de substâncias psicoactivas é de enorme importância para a sua conclusão, o que a tornou um objectivo fundamental (Stotts *et al.*, 2007), sendo a maior probabilidade de permanecer em CT para os adolescentes relaciona-se com a postura crítica deles no primeiro mês e com um maior apoio dos seus familiares ou rede de apoio (Edelen *et al.*, 2007). Já os adultos aparentam conseguir maiores probabilidades de se manterem na CT devido a factores intrínsecos à comunidade como, por exemplo, sensação de suporte e trocas de experiência entre residentes do que por factores individuais (Mandell *et al.*, 2008).

A relação entre a conclusão dos programas de tratamento e a gravidade da dependência tem sido alvo da investigação por alguns pesquisadores (Simpson, 2004; Stotts *et al.*, 2007). Assim, os anos da dependência parecem estimular a motivação e conclusão do tratamento (Ferreira, 2007). Percebe-se então que quanto mais anos de consumo o indivíduo tiver maior será a sua motivação para concluir o tratamento, já que experienciou diversas consequências da dependência e pode estar mais preparado para mudança. A satisfação com o tratamento aparenta estar associada à retenção (Grella & Stein, 2006), porém, a taxa da retenção do consumidor de *crack* é mais baixa, pois é mais difícil de se tratar (Hervás *et al.*, 2010), pois os usuários de *crack* são os que menos buscam ajuda entre os usuários de drogas ilícitas. No entanto, o aumento da severidade da dependência, problemas legais e presença de tratamentos anteriores, constituem os factores predisponentes a busca por tratamento (Carlson *et al.*, 2010).

A literatura evidencia que os indivíduos mais jovens abandonam mais precocemente o tratamento (Beynon, McMinn & Marr, 2008; Ribeiro *et al.* 2008; Monteiro *et al.*, 2011), e as abordagens terapêuticas são mais eficazes em pacientes com idades mais avançadas, pois têm vários anos de consumo contínuo e, consequentemente, já experienciaram um intenso sofrimento (Guimarães, Santos, Freitas & Araújo 2008; Peixoto *et al.*, 2010). Ravndal *et al.* (2005) sustentam que a idade, o número de anos de consumo de anfetaminas, número de transtorno de personalidade e o número de tratamentos anterior demonstrou ter impacto positivo na conclusão de tratamento entre os que já tinham efectuado um tratamento prévio.

Os achados de Cacho e Jiménez (2010) em duas comunidades terapêuticas em Espanha demonstram 70% dos indivíduos tiveram alta terapêutica na primeira comunidade enquanto 30% concluíram o programa na segunda comunidade terapêutica; 36,4% saiu por alta voluntária na primeira enquanto 64,6% fê-lo no segundo centro de tratamento; 33,3%, e 66,7% tiveram alta disciplinar, respectivamente no primeiro e segundo centro de tratamento.

David *et al.* (1997) numa amostra de 74 heroínodependentes que foram admitidos sucessivamente num programa terapêutico denominado Tratamento Combinado por Etapas (TCE) verificaram que há uma relação entre escolaridade e o tempo total de permanência dos sujeitos no programa, ou seja, quanto menor é a escolaridade do indivíduo menor será o tempo de permanência esperado no tratamento.

Opinião idêntica foi defendida por Negrete *et al.* (2010) ao afirmarem que os indivíduos com mais tempo de permanência em tratamento são aqueles com mais escolaridade. Portanto, um baixo nível educativo e baixa escolaridade influem também no abandono do tratamento (Szal, Joe & Simpson, 2000; Sayre *et al.*, 2002; García *et al.*, 2007; Rodríguez *et al.*, 2007).

A literatura tem demonstrado que há uma predominância dos dependentes substâncias psicoactivas do género masculino sobre o feminino nos centros de tratamento (David *et al.*, 1997; Diez *et al.*, 2000; Montalvo *et al.*, 2004; Ravndal *et al.*, 2005; Faria & Schneider, 2009; Mangado, 2009; Figlie *et al.*, 2010; Batista, Batista & Constantino, 2012; Castro, Feitosa, Noronha, Carvalho & Castro, 2012), já que as mulheres conseguem disfarçar a dependência por mais tempo, e que em virtude da forma como a sociedade vê a mulher alcoólatra, há preocupação acrescida relativamente à autoimagem ao expor-se a um tratamento, no qual terá que se encarar com outras pessoas (Peixoto *et al.*, 2010), demoram a procurar ajuda devido ao preconceito (Figlie *et al.*, 2010), devido a questões culturais, com relação aos usuários de drogas que é mais vincado entre as mulheres (Faria & Schneider, 2009). Sendo assim, envergonham com a doença afastando do tratamento (Rossetti & Santos, 2006).

Contudo, quando entram em tratamento, inicialmente as mulheres aceitam os limites e normas no tratamento. Porém, posteriormente, apresentam complicações para manterem-se no cumprimento, reagindo negativamente a directiva, mostrando maior dificuldade frente a norma comparativamente aos homens. Desta forma, necessitam mais explicações para aceitar as normas, mais fundamentos para compreender o sentido das mesmas (Santamaria & Aljama, 2004)

Nota-se com alguma predominância da faixa etária dos 21 a 40 anos (Batista *et al.*, 2012; Capistrano, Silva, Ferreira, Alves & Kalinke, 2013), numa média de idade de 30 anos, que oscila entre 18 e 49 anos (Montalvo *et al.*, 2004; Guimarães *et al.*, 2008; Seabra *et al.*, 2010; Peixoto *et al.*, 2010; Capistrano *et al.*, 2013), sendo os indivíduos solteiros os mais afectados (Melús & Gutiérrez, 1996; David *et al.*, 1997; Arnau, 1998; Diez *et al.*, 2000; Guimarães *et al.*, 2008; Monteiro *et al.*, 2011; Castro *et al.*, 2012).

A dependência de substâncias psicoactivas interfere na capacidade de ser mãe ou ser pai, sendo que a problemática de comportamento dependente de substâncias

psicoactivas, dificulta a função parental, afetando o desenvolvimento saudável dos filhos, que ficam mais vulneráveis ao comprometimento de desenvolvimento normal dos filhos (Muchata & Martins, 2010), e uma percentagem considerável do dependentes de substâncias psicoactivas não tem filhos (Roig,1996; Melús & Gutiérrez, 1996; Arnau, 1998; Diez *et al.*, 2000; Seabra *et al.*, 2010; Batista *et al.*, 2012), mas a presença de filhos foi predominante em 66,2% dos casos (Capistrano *et al.*,2013), tais pais centram-se menos nas crianças e mais em si próprios, têm dificuldade no controlo das emoções, são menos sensíveis, responsáveis e afetuosos, são mais negligentes com as necessidades físicas dos seus filhos e muitas vezes criam-se situações em que a criança fica separada de um dos pais ou de ambos (Muchata & Martins, 2010), pois os usuários de drogas não seguram uma família ou nunca compuseram uma e quando a compõem, manifesta dificuldade em mantê-la, já que em vez de se relacionar com pessoas, acabam por fazê-lo com a substância de consumo exageradamente (Schenker & Minayo, 2003).

Uma boa parte dos dependentes quimicos coabitam com pai e irmãos, esposo (a) / companheiro (a) (Seabra *et al.*, 2010), 87% dos heroíno dependentes vivem com os pais (David *et al.*,1997). Desta forma, a coabitação entre pais e filhos pode constituir um factor protector no uso de substâncias psicoactivas, pois pais que não usam de forma não abusiva contribuem do mesmo modo para que os filhos não o façam. (Horta & Pinheiro, 2006).

Há certa predominância do dependente químico nos centros de tratamento habilitado com ensino básico (David *et al.*,1997; Martins, Santos & Pillon, 2008; Seabra *et al.*, 2010; Batista *et al.*, 2012; Capistrano *et al.*, 2013), sendo que esta baixa escolaridade entre os dependentes químicos está relacionado ao desenvolvimento da dependência química que se torna inquietante à medida que o baixo nível de escolaridade origina uma baixa qualificação profissional (Peixoto *et al.*, 2010; Monteiro *et al.*, 2011), sendo que indivíduos dependentes quimicos encontram-se maioritariamente nas categorias profissionais dos Operários, Condutores e Similares (35%), dos Empregados de Serviços e Vendedores (23%) e dos Trabalhadores não Qualificados (16%), e, naturalmente, promovendo uma baixa expectativa de vida (Peixoto *et al.*, 2010; Monteiro *et al.*, 2011), pois o uso de substâncias psicoactivas prejudica o desempenho de qualquer actividade, sendo que o dependente químico apresenta menor

capacidade de julgamento, compreensão, não assumindo os seus compromissos (Franco, Turchi, Laranjeira & Castelo, 2003).

Grande parte desses indivíduos provém de famílias desestruturadas (Nappo, Galduróz, Raymundo & Carlini, 2003), maioritariamente solteiros, 77% (Diez *et al.*, 2000) e 79,2% (Goñi *et al.*, 2008). Desta forma, a tendência do consumo de drogas por esses indivíduos é aumentar, pois constatou-se um acréscimo de 14,35% (43,50% para 50,79%) no período 2000 a 2009, no percentual de usuários solteiros (Batista *et al.*, 2012).

Verifica-se nos centros de recuperação que entre os dependentes de substâncias psicoactivas, que a taxa de desemprego é considerável (David *et al.*, 1997; Guimarães *et al.*, 2008; Seabra *et al.*, 2010; Batista *et al.*, 2012; Castro *et al.*, 2012; Capistrano *et al.*, 2013), pois a degradação progressiva do usuário nos aspectos biopsicossocial na dependência química, acarretam-lhes dificuldades e o preconceito com que deparam relativamente às oportunidades para o trabalho ou a permanência nesse (Souza, Kantorski & Mielke, 2006). A estabilidade profissional do sujeito e o nível profissional superior (Washton, Potash & Gold, 1984), preditores de boa resposta ao tratamento (Brewer, Catalano, Haggerty, Gayney & Fleiming, 1998). Segundo Nappo *et al.* (2003), tais usuários têm um perfil jovem, desempregado, com baixa escolaridade, pouco poder aquisitivo, e provenientes de famílias desestruturadas.

O primeiro contacto com as substâncias psicoactivas possa ocorrer em qualquer idade, embora mais frequente na adolescência (Diez *et al.* 2000; Montalvo *et al.*, 2004; Almeida, Ferreira, Gomes, Silva & Santos, 2007; Cavalcante, Alves & Barroso, 2008), cada vez mais o consumo de substâncias psicoactivas ocorre mais precocemente, sendo a idade de uso inicial das substâncias psicoactivas em torno dos 10 anos (Pereira, Souza, Buaiz & Siqueira, 2008; Batista *et al.*, 2012), embora possa ocorrer mais precocemente, aos quatro anos, particularmente o álcool (Portugal *et al.*, 2010), embora a canabinóides costuma ser a droga de início de consumo (David *et al.*, 1997), e mais consumida, entre as substâncias psicoactivas ilícitas (Monteiro *et al.*, 2011, Silva, Malbergier, Stempluk & Andrade, 2006). Apesar de consumo prematuro dos canabinóides, é a idade de início de consumo da heroína que possui alguma capacidade preditiva no desfecho final de tratamento (Villa & Benavente, 2000). Cerca de 14% dos entrevistados, começaram a consumir a droga de início entre os oito e os 12 anos de idade, sendo que essa média de

idade foi de 15,7 anos, ligeiramente inferior a média da idade de iniciação da droga de abuso principal que se situou a volta dos 19 anos (Negreiros, 2002).

A não adesão ao tratamento constitui um das principais causas de insucesso terapêutico, problema do qual todos os profissionais de saúde se deparam (Villa & Hermida, 2000; Negrete *et al.*, 2010), independentemente do tipo de paciente, tendo o abandono precoce do tratamento uma das formas de não adesão, particularmente no âmbito das dependências de substâncias psicoactivas, onde sua taxa é elevada (Villa & Hermida, 2000; Laredo, Orejudo & Carrobbles, 2005).

Outros fatores identificados por diversos e distintos pesquisadores como facilitadores da adesão ao tratamento são: modalidades de tratamento psicossociais (Foote *et al.*, 1994; Hoffman *et al.*, 1994), tratamentos anteriores (Carlson *et al.*, 2010), conceitos dos pacientes em relação ao seu próprio problema (Orford & Keddle, 1986), efeito da expectativa em relação ao tratamento (Roffman, 1993; Copeland & Hall, 1992), a prontidão para o mesmo (Hser *et al.*, 2004). Determinadas estratégias podem aumentar a retenção e a eficácia do tratamento (Altemar *et al.*, 2000; Lacks & Quaglia, 2006), embora a gravidade da dependência afigure-se como factor de comprometimento do sucesso terapêutico (Altemar *et al.*, 2000).

Neste sentido, processos relevantes para a conclusão dos tratamentos têm sido evidenciados por vários estudos, como a adesão e o envolvimento nestes. Veremos, seguidamente que, essas pesquisas têm identificado conjunto de factores influentes nos processos mencionados e, seguindo como referência seus resultados, norteia o desenvolvimento de operações específicas no intuito de incrementar a termo dos programas de tratamentos.

2.6.4. Factores que dificultam a adesão e o envolvimento em programas de tratamento e sua conclusão

A ausência de suporte familiar ou social dificulta a adesão ao tratamento (O'Brien & McLellan, 1996). Por conseguinte, deve-se dar atenção aos conflitos relacionados com aceitação da dependência de drogas como um problema, trabalhar a resistência do paciente e ajudar a reconhecer a sua doença e a necessidade de se entregar ao tratamento (Frances, Franklin & Borg, 1997, citados por Janeiro, 2007).

A existência de problemas psicopatológicos, em geral, independentemente daqueles especificamente decorrentes do uso de substâncias psicoativas, é amplamente reconhecida pelos profissionais integrantes das equipes de tratamento como fatores que dificultam o processo de tratamento dos toxicodependentes (Santos, Calado, Coxo, Trindade & Parente, 2011), e o prognóstico torna-se mais reservado quando se trata de um poliusuário que apresenta alguma comorbidade (Galaif, 1999).

Neste sentido, o consumo de mais de uma droga é um dos principais factores contribuintes para dificultar o tratamento da dependência de droga. Em geral, supõe que os usuários que consomem vários tipos de drogas apresentam uma maior dificuldade na manutenção do tratamento até ao final do programa do que aqueles que usam apenas um só tipo de droga. É nesta perspectiva, que o uso de múltiplas substâncias é uma das limitações do tratamento da dependência de drogas (Jesus & Rezende, 2008), e têm pior prognóstico quando comparados a monousuários (Diehl, Cordeiro & Laranjeira, 2010).

As recaídas, o pouco envolvimento no âmbito escolar e no trabalho, o lazer insatisfatório, a dependência de múltiplas drogas e as alterações de comportamento são factores que, de acordo com alguns autores, reduzem a efetividade de um tratamento (Fleisch, 1991), e os indivíduos que abandonam o tratamento têm uma dependência mais grave que os que finalizam o tratamento. Essa gravidade poderia estar associada ao maior número de anos de consumo de drogas e com a maior probabilidade de ser um policonsumidor (Villa & Hermida, 2000).

A não percepção do uso de drogas como um problema a ser tratado representa uma enorme barreira (Vasters & Pilon, 2011), por exemplo, os jovens possuem uma percepção oposta da realidade no que diz respeito à gravidade do problema envolvendo o uso de drogas (Reale, 2004), já que neste período da vida, é normal a imaturidade de pensar que tudo está sob o seu controlo e que conseguem deixar de usar as drogas quando e pretenderem (Jatobá *et al.*, 2012).

Ferri *et al.* (1997) observaram que o consumo de cocaína aspirada manteve-se constante em serviços especializados, e aumento entre usuários de *crack*, principalmente na Cidade de São Paulo nos três primeiros anos da década de 90, com aumento de procura de tratamento desses usuários, em dois serviços públicos nos últimos quatro anos. Neste sentido, Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008) afirmam que tem-se verificado

um aumento da procura de usuários de *crack* por tratamento, no início dos anos 90, passando de 50% para 80% entre usuários de drogas ilícitas, em serviços ambulatoriais especializados na cidade de São Paulo nos cinco anos subsequentes. Velho (2010), assegura que as unidades básicas de saúde são responsáveis pelo encaminhamento de 13,1% dos casos, dos quais 47,4% de usuários de álcool, 44,7% de *crack* e 5,3% de *cannabis*, e os que procuraram o tratamento de forma espontânea próximo de metade (50,8%) eram usuários de *crack*.

Nesta lógica, Dunn e Laranjeira (1999) afirmam que a procura por tratamento aparenta ser mais precoce entre os usuários de *crack*, comparativamente aos de cocaína aspirada. Velho (2010) refere que dos usuários que procuram o tratamento, 54,8% não tinha realizado um tratamento anterior, e não existe diferenças significativas entre os gêneros na proporção do *crack*, pois o uso dessa substância entre as mulheres que procuraram o tratamento corresponde a 54,9% dos casos. Contudo, os usuários de cocaína e *crack* são os que possuem maiores índices de abandono (Duailibi *et al.*, 2008), particularmente os dessa última substância (Dunn & Laranjeira, 1999).

Na pesquisa retrospectiva de Silveira (2001) em Curitiba investigou 682 prontuários de adolescentes na faixa etária dos 10-20 anos internados por dependência química registou que o *crack* era a segunda substância mais consumida (49%) a frente do álcool (39%) e da cocaína aspirada (29%), somente atrás da *cannabis*, substância que, de forma isolada, dificilmente constitui a razão de internamento. Por sua vez, Mombelli, Marcon e Costa (2010), no estudo transversal retrospectivo realizado na Unidade de Psiquiatria de um hospital geral, localizado na cidade de Cascavel, constataram que as drogas consumidas com maior frequência nos adolescentes internados para desintoxicação foram o *crack* (87,6%) e a *cannabis* (85,2%), sendo que, 79% dos adolescentes usam tais drogas de forma concomitante. Por sua vez, Diez *et al.* (2000) num estudo longitudinal com uma amostra com 231 sujeitos observaram que o tipo de droga mais usada foi o tabaco em (96,1%) dos casos, seguida da *cannabis* (85,7%) dos casos, álcool (69,3%) dos casos, cocaína (63,2%) dos casos, anfetaminas (56,7%) dos casos, alucinógenos (52,8%) dos casos, psicofármacos (49,4%) dos casos, e que apenas (34,6%) usou hipnóticos.

Portugal *et al.* (2010) num estudo descritivo, de carácter retrospectivo cujo objetivo era descrever o perfil de pacientes atendidos no Programa de Atendimento ao

Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo, portadores de comorbidades, observaram que *cannabis* (67,9%), cocaína (57,1%), *crack* (21,4%) e outras substâncias, tais como rebite e inalantes (14,3%), sendo que a idade mínima encontrada foi de 4 anos e máxima de 40, numa média de idade de 15,91 anos.

Negreiros (2002) num estudo realizado com 176 consumidores problemáticos de drogas, sendo que 38 consumidores problemáticos era de bairros sociais, 57 num Centro de Apoio a Toxicodependentes, e 40 em meio prisional; 38 sujeitos encontravam-se, no momento das entrevistas, em tratamento em Comunidade Terapêutica do Meilão e Comunidades Terapêuticas da Dianova-casa Azul e casa Grande, verificou que as principais drogas utilizadas pelos entrevistados eram a heroína (30,5%), cocaína/heroína 48,8% dos indivíduos, consumos cumulativos de heroína, cocaína e haxixe (8%). As outras drogas, como as anfetaminas ou o *ecstasy*, eram consumidas por um número muito reduzido de sujeitos. Cerca de 86,7% dos indivíduos entrevistados iniciaram o seu consumo através da *cannabis*, e 9% dos sujeitos começaram pela heroína, tendo 91% dos sujeitos a referir heroína como droga de abuso principal, contra os 8% da cocaína.

No estudo de Velho (2010) realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, situado na região centro-sul do município de Londrina, com residentes que passaram pela triagem entre julho e dezembro de 2008, constatou que a substância manifesta, ou seja, substância que levou o indivíduo a procurar o tratamento *crack* representou (44,4%) dos indivíduos, seguido por *cannabis* (5,8%), cocaína aspirada (3,1%), ansiolíticos (0,4%) e solvente (0,2%).

Os resultados de vários estudos aparentam sugerir que os indivíduos que não concluíram o programa de tratamento têm uma adição mais severa que os que permanecem e concluem o programa de tratamento. Assim, os dados da severidade da dependência indica um mau prognóstico (Brewel & Streel, 2003). Essa severidade adictiva torna-se operacional, levando em conta as variáveis psicopatologia associada, ser policonsumidor e número de anos consumindo substâncias psicoativas (Villa & Hermida, 2000). O consumo de cocaína, entre dependentes a opiáceos é elevado (Darke & Hall, 1995, Leri, Bruneau & Stewart, 2003). Esse consumo da cocaína influencia negativamente (Nurco, 1998, citado por EMCDDA, 2012), o abandono precoce de

tratamento (Hervás *et al.*, 2010), maior proporção de psicopatologia e VIH (Torrens, San, Peri & Olle, 1991).

Tanto os pesquisadores Fishman, Reynolds e Riedel, (1999), como Veach, Remley, Kippers e Sorg (2000) relatam que as taxas de abandono nos dependentes da cocaína são superiores às de outras substâncias. Nessa lógica, de acordo com Negrete *et al.* (2010), um indivíduo consumidor de *crack* ou de cocaína apresenta mais elevadas taxas de interrupção de tratamento comparativamente as outras substâncias psicoactivas, não obstante os achados de Goñi *et al.* (2008) evidenciaram que os dependentes da heroína são os que mais abandonam o tratamento.

2.7. Tipos de drogas consumidas

Veremos, seguidamente que, vários usuários ou dependentes de substâncias psicoactivas consomem drogas de uma determinada forma sequencial ou associada por imposição do próprio organismo ou motivada por outros factores externos a ele, por vezes, para obter um determinado efeito, outras vezes para atingir um certo objectivo. Presume-se que quando se consome qualquer droga seja ela lícita ou ilícita altera e modifica o sistema nervoso e a susceptibilidade de criar dependência tanto psicológica como física aumenta.

Geralmente o início de uso de drogas se dá com substâncias psicoactivas lícitas nomeadamente, álcool e tabaco, em idade precoce e de forma pesada (Guindalini, Vallada, Breen & Laranjeira, 2006; Mombelli *et al.*, 2010), aumentando a probabilidade de envolvimento sério com uma ou mais drogas ilícitas (Mora, Corona, Cravioto & Villatoro, 2002), a *cannabis* costuma ser a primeira droga ilícita, sendo que a progressão do uso é bastante influenciado pela idade (Sanchez & Nappo, 2002; Mombelli *et al.*, 2010), já que nos indivíduos mais velhos verifica-se que o consumo de cocaína aspirada e medicamentos e cocaína injectável precedem o consumo de *crack* (Guindalini *et al.*, 2006).

Dentre as substâncias lícitas, o álcool é a mais utilizada, seguida do tabaco (Carlini *et al.*, 2007), enquanto dentre as drogas ilícitas, a *cannabis* é a mais consumida no mundo (Jungerman & Laranjeira, 2008), directamente associado a sintomas depressivos em adolescente (Otten, Barker, Maughan, Arseneault & Angels, 2010). Estudos com dependentes de álcool e outras drogas têm apontado diversas lesões neuropsicológicas (Salgado *et al.*, 2009), sintomas de depressão, ansiedade, hipomania/mania (Alves, Kessler & Ratto, 2004), podendo afectar adesão ao tratamento, aumentando a probabilidade de recaídas (Almeida & Monteiro, 2011).

A progressão da quantidade e frequência de uso de substâncias psicoactivas decorre à medida que o organismo se adapta às substâncias, já que o efeito da substância torna-se menos intenso e mais passageiro naqueles que usam diariamente, e, para obter o mesmo efeito, os usuários aumentam o consumo e a dose (Borini, Guimarães & Borini, 2003), sendo os usuários de *crack* podem consumir drogas de forma ininterrupta

por nove dias, e parar, somente perante o esgotamento físico, psíquico ou financeiro (Silva *et al.*, 2010).

Álcool

O nível de consumo de bebidas alcoólicas declinou nos últimos 20 anos e países desenvolvidos, mas está aumentando em países em desenvolvimento, especialmente na Região do Pacífico Ocidental, onde o consumo *per capita* entre adultos varia entre cinco a nove litros de álcool puro, e também em países da antiga União Soviética. As taxas de consumo em países Asiáticos são, até um certo ponto, responsáveis pelo aumento dos países em desenvolvimento. O nível de consumo de álcool nas Regiões da África, do Mediterrâneo Oriental e da Ásia do Sudeste é muito inferior (Organização Mundial da Saúde, 2004).

Contudo, estimativa aponta que prevalência anual do consumo de álcool é de 42%, levando em conta que o consumo de álcool é legal em maioria dos países, valores que é oito vezes superior a prevalência anual do consumo de drogas ilícitas. Esse consumo continua em proporções muito maiores a medida que avança a idade no mesmos grupos demográficos, (UNODC, 2012), sendo que o uso abusivo mais frequente entre os homens (Pala, 2004), apesar de aumento da ingestão alcoólica entre as mulheres de maneira mais precoce, o que demonstra que a diferença entre os gêneros tem diminuído progressivamente (Elbreder, Laranjeira, Siqueira & Barbosa, 2008).

O álcool é um desinibidor social (Martins, Neto & Velasco, 2005) e depressor do Sistema Nervoso Central (Aminoff, 2007), inicialmente pode induzir um estado desinibição, loquacidade, euforia, falsa segurança em si próprio e, por vezes, impulsos sexuais desinibidos ou agressivos (Saavedra, 2004), posteriormente, os sinais e sintomas da intoxicação alcoólica caracterizam-se por níveis crescentes de depressão do sistema nervoso central. Na fase inicial, produz sintomas de euforia leve, evoluindo para tontura, ataxia e incoordenação motora, passando para confusão, desorientação e atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles o estupor e o coma (Victor, 1992), sua supressão da ingestão crônica ou sua redução, pode levar à síndrome de abstinência do álcool (APA, 2000), caracterizada por tremores, insônia, agitação e inquietação psicomotora (Shaw *et al.*, 1981), Crises convulsivas (Ellenhorn, 1992), ansiedade,

alterações de humor (disforia), náuseas, vômitos, taquicardia e hipertensão arterial, entre outros. (Corrêa & Maciel, 2004).

A sua ingestão do álcool de forma aguda ou crônica, pode produzir uma variedade de estados psicóticos, incluindo a agitação e psicose aguda da intoxicação, psicoses paranóides e o *delirium tremens* (Giannini & Collins, 2001), levando inclusive a quadros mais graves como a Síndrome de Wernicke-Korsakov caracterizado por delirium, alterações oculomotoras, ataxia, sintomas psicóticos e amnésia acompanhada de confabulação, às vezes irreversível (Fergusson, 2001), até o desenvolvimento da dependência ao álcool (Vaillant, 1996).

Opiáceos

Estima-se que a prevalência anual dos opióides oscila entre o 0,6% e o 0,8% da população de 15 a 64 anos, o consumo de opioides (especialmente heroína, morfina e opióides de venda com receita consumidos com fins não médicos), sendo Afeganistão e Myanmar com importantes países produtores (UNODC, 2012), apesar que em 2002 os principais países que produziam ópio ilegalmente eram o Afeganistão (76%), Mianmar (18%), Laos (2%) e Colômbia (1%) (Baltieri *et al.*, 2004), traficando grandes quantidades de heroína pela rota principal dos Balcãs, que vai de Afeganistão a Europa Ocidental e Central passando por Europa Sudooriental, Costa de África, assim como nos países de Ásia Sudooriental (UNODC, 2012).

O consumo de opióides pode levar a intoxicação, dependência e a sua supressão pode originar síndromes de abstinência. Neste sentido, Martin e Hubbard (2000) destaca um conjunto de sinais e sintomas. Relativamente a intoxicação por opióides caracteriza-se pela analgesia, sentimentos de euforia ou disforia, sentimentos de calor, rubor facial, coceira na face, boca seca e constrição da pupila. O uso intravenoso de um opióide pode causar sensações na região inferior do abdômen descritas como ímpeto orgiástico, seguido por uma sensação de sedação e sonhos. A intoxicação grave pode causar depressão respiratória, arreflexia, hipotensão, taquicardia, apneia, cianose e morte. Na maioria das vezes, esse quadro clínico pode ser tratada em serviços de emergência médica. Os sintomas de abstinência de opióides podem incluir hiperalgesia, fotofobia, pele arrepiada, diarreia, taquicardia, pressão arterial aumentada, câimbras gastrointestinais, dores articulares e musculares, ansiedade e humor deprimido.

Por fim, A síndrome de dependência de opióides se caracteriza por um conjunto de sinais e sintomas associados ao uso patológico de opióides. É como um padrão mal adaptativo de uso da substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, que se manifestarão em três (ou mais) dos seguintes sintomas, ocorrendo a qualquer momento em um período de 12 meses: 1) Tolerância, 2) Síndrome de abstinência; 3) A substância é geralmente consumida em maiores quantidades ou em um período mais longo do que o pretendido; 4) Há um desejo persistente ou esforços mal sucedidos para diminuir ou controlar o uso da substância; 5) Muito tempo é despendido em actividades necessárias para obter a substância, utilizá-la ou recuperar-se de seus efeitos; 6) Abdica-se de ou reduzem-se atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso da substância; 7) O uso da substância é contínuo, apesar da consciência de terem um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que deve ter sido provavelmente causado ou exacerbado pela substância (American Psychiatric Association, 2000).

Canabinóides

A *cannabis* sativa contém pelo menos 60 canabinóides, muitos dos quais biologicamente activos, sendo Delta 9-tetrahidrocanabinol (THC) um dos seus constituintes mais activo, o qual pode ser detectado na urina várias semanas após seu uso segundo a SENAD (2010), e sua concentração oscila entre 1 a 10% ou mais em produtos da folha, enquanto em os produtos manipulados a partir da resina (haxixe) podem alcançar concentrações de 20 a 70% (Brands *et al.*, 1998), sendo que pode apresentar algumas formas de preparação: marijuana ou erva, haxixe e óleo de *cannabis* ou óleo de haxixe (Neto, 1999).

A *cannabis* é substância ilícita de maior consumo a nível mundial (UNODC, 2012), sendo que a sua prevalência fica somente atrás do consumo de álcool e tabaco (Watson & Benson, 2000). A importância relativa de haxixe e da *cannabis* varia de acordo com a região; A resina de *cannabis* predomina próximo Oriente Médio Oriente e na Asia Sul Ocidental, embora em África Setentrional e Europa os mercados de haxixe e de *cannabis* são semelhantes. Em outras partes do planeta, incluídos os Estados Unidos, onde a produção continua elevada, predominam *cannabis* (UNODC, 2012).

Nos humanos, vários são os efeitos subjectivos produzidos pela *cannabis*, desde euforia, disforia, sedação, alteração da percepção do tempo, aumento da interferência na atenção seletiva e no tempo de reação, alteração nas funções sensoriais, prejuízo do controle motor, do aprendizado e prejuízo transitório na memória de curto prazo, além de efeitos neurovegetativos como boca seca, taquicardia até hipotensão postural (Miller & Branconnier, 1983), e, além disso, constata-se alguns efeitos como crises de ansiedade, transtorno psiquiátrico como a depressão e psicopatologias da personalidade (Comptom *et al.*, 2004).

Em usuários regulares da *cannabis* podem ocorrer prejuízos acadêmicos (baixo rendimento escolar e de aprendizagem), das habilidades profissionais, do desempenho social, neurocognitivos (motivação, planejamento, função visuoespacial, impulsividade, desatenção e hiperatividade), situações idênticas observados em indivíduos com transtornos psicóticos (Leweke & Koethe, 2008), elevar o risco de desenvolvimento de esquizofrenia e de sintomas psicóticos crônicos (Diehl *et al.*, 2010), aumenta o risco de bronquite, quadro asmático, cancer pulmonar, de cabeça e do pescoço (Oliveira & Tedesco, 2006), não obstante estes achados ainda careçam decomprovação científica (Oliveira & Tedesco, 2006; Diehl *et al.*, 2010).

Geralmente a interrupção do uso frequente da *cannabis* não desencadeia sintomas de abstinência, quando estes são observados caracterizam-se pela especificidade como fadiga, irritabilidade, insônia, e diminuição do apetite de breve duração e pouca intensidade (Oliveira & Tedesco, 2006).

De acordo com Carlini (2004), ultimamente ocorreu um aumento de interesse acerca do uso terapêutico do Delta⁹-tetrahidrocanabinol, tendo sido demonstradas diversas utilidades clínicas, como, por exemplo, para o tratamento da dor, náusea e vômito causados por quimioterapia, perda de apetite em pacientes com SIDA, distúrbios do movimento, glaucoma e doenças cardiovasculares.

Se por um lado o consumo do *cannabis* é amplamente descrito na literatura científica, como sendo prejudicial a saúde dos indivíduos, por outro lado, há quem usa essa droga para obter efeito terapêutico, perante o acima exposto pelos autores, há uma controvérsia, aparentemente sem indícios de chegar um consenso.

Sedativos e hipnóticos

Estima-se que cada clínico tenha em sua lista 50 pacientes dependentes de benzodiazepínicos (Hallfors & Saxe, 1993), sendo que metade destes gostariam de parar o uso (Hirschfeld, 1993), apesar de não se dispor de números mundial relativo ao consumo de sedativos e hipnóticos, o consumo dessas drogas constitui um problema preocupante, dado que a prevalência de consumo destas substâncias em alguns grupos de população e países sobre os que se dispõe de dados são superior a de várias substâncias sujeitas a fiscalização. Por exemplo, Estados Unidos da América apresentam uma prevalência em algum momento da vida, anual e mensal do consumo de drogas psicoterapêuticas entre as pessoas de 12 anos ou mais, ou mais de 20,4%, o 6,3% e o 2,7%, respectivamente, em 2010, números que são superiores a qualquer outro tipo de droga excepto o *cannabis* (UNODC, 2012).

Segundo o mesmo organismo, os dados disponíveis para o período 2005-2010, em 8 países de América do Sul e América central e em 14 países de Europa, a prevalência em algum momento da vida, anual e no mês anterior do uso de tranquilizantes e sedantes entre as mulheres era muito superior a prevalência dos homens. Por exemplo, América do Sul e América Central a prevalência de consumo em algum momento da vida era de 6,6% entre as mulheres e de 3,8% entre os homens, apesar que as taxas de prevalência correspondentes em Europa eram de 13,0% entre as mulheres e 7,9% entre os homens.

O uso de Sedativos e hipnóticos pode provocar alguns efeitos colaterais, principalmente nos primeiros dias (Sonolência excessiva diurna “ressaca”, complicação da descoordenação motora, agravamento da memória (amnésia anterógrada), tontura, zumbidos, quedas e fracturas e entre outras (Gorenstein & Pompéia, 1999), sendo que 50% dos pacientes que usam benzodiazepínicos por mais de 12 meses evoluem com síndrome de abstinência manifestado ao nível físico por: tremores, sudorese, palpitações, letargia, náuseas, vômitos, anorexia, síndromes gripais, cefaleias e dores musculares; ao nível psíquico: insónia, irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação, agitação, pesadelos, disforia, prejuízo da memória, despersonalização/desrealização. Por vezes, podem chegar a sinais maiores de abstinência como convulsões, alucinações e delirium (Miller, 1995). Ainda, por uso prolongado, pode aumentar o risco de: acidente; overdose em combinação com outras drogas; tentativas

de suicídio, especialmente em depressão; atitudes anti-sociais. Para além disso, contribui para problemas na interação interpessoal e redução da capacidade de trabalho e desemprego (Juergens & Cowley, 1998).

Portanto, o uso de sedativos e hipnóticos pode causar a dependência química com marcada tolerância, e escalonamento de doses (Tyrer, 1988), sendo que a taxa de abandono de dito consumo é muito inferior a taxa de abandono das drogas ilícitas, especialmente entre as mulheres (UNODC, 2012).

Cocaína

A cocaína é um alcalóide extraído das folhas da coca (*Erythroxylon coca*), planta originária dos altiplanos andinos. A maceração das folhas, misturada a determinados produtos químicos, produz uma pasta de natureza alcalina, denominada pasta base de cocaína (Negrete, 1992), sendo na forma de cloridrato de cocaína consumido de duas maneiras, dissolvido em água e aplicado por via endovenosa ou ainda aspirado e absorvido pelas mucosas (Nassif *et al.*, 1999; Lizasoain, Moro & Lorenzo, 2002, citado por Alves & Carneiro, 2008), cujo consumo atinge todos os estratos sociais (Dunn, Ferri & Laranjeira, 2001), consumido por 0,3% da população mundial (ONUDC, 2012), nos quais a maior parte dos usuários concentra-se nas Américas, cerca de 70% (Galduróz, Noto & Carlini, 1997).

A estabilidade geral do consumo e a fabricação de cocaína ao nível mundial apresenta tendências diferentes nos diferentes países e regiões. Verificou-se uma diminuição geral graças a baixa produção dessa droga em Colômbia durante o quinquénio 2006-2010. Os principais mercados de cocaína continuam em América do Norte, Europa e Oceânia, especialmente Austrália e Nova Zelândia. Em América do Norte registou-se uma clara diminuição do consumo de cocaína, de 3,0% (2006) a 2,2% (2010) dos adultos de 15 a 64 anos. Já na Europa, o consumo de cocaína manteve-se estável durante esse período, enquanto na Austrália o consumo aumentava (ONUDC, 2012).

A cocaína possui múltiplas ações periféricas e centrais, considerado um potente anestésico local com propriedades vasoconstritoras e estimulante do SNC (Hatsukami & Fischman, 1996), cuja duração do efeito varia entre 10 a 90 minutos, dependendo da via

de consumo (Gold, 1993). Assim, produzem tanto os sintomas físicos (Aumento do estado de vigília, euforia, Sensação de bem-estar, autoconfiança elevada, aceleração do pensamento, como psíquicos (aumento da frequência cardíaca, aumento da temperatura corpórea, aumento da frequência respiratória, sudorese, tremor leve de extremidades, espasmos musculares, (especialmente língua e mandíbula), tiques, midríase (Wise, 1994), sendo a *overdose* é a mais conhecida de entre as complicações agudas relacionadas com o consumo de cocaína (Benowitz, 1992).

A dependência é a principal complicação crónica associada ao consumo de cocaína (Lima & Soares, 2002), e complicações psiquiátricas são o principal motivo de busca por atenção médica entre os usuários de cocaína (Brody, Slovis & Wrenn, 1990), além de ser responsável pelo aparecimento de uma série de transtornos psiquiátricos agudos (disforia, ansiedade, agitação, heteroagressividade, sintomas paranóides e alucinações) e crónicos (Wetli & Fishbai, 1985), “psicose cocaínica”, idêntica à psicose esquizofrénica, com ideias delirantes de tipo persecutório e alucinações (Langue & Hillis, 2001).

A diminuição ou interrupção abrupta de uso em pacientes dependentes não desencadeia uma síndrome de abstinência característica. Sinais e sintomas inespecíficos, tais como ansiedade, insónia, depressão, inapetência, desejo intenso de consumir a substância (Gawin & Kleber, 1996, como citado em Oliveira & Tedesco, 2006)

Crack

O *Crack* é cocaína na sua base livre (Wallace, 1991) que surgiu entre 1984 e 1985 em bairros pobres e marginalizados de *Los Angeles*, *New York* e *Miami* (Reinarman, 1997). As drogas eram obtidas a partir de um processo caseiro (Ellenhorn, Schonwald & Wasserberger, 1997) e utilizado em grupos, em casas abandonadas e precárias (*crack houses*) (Geter, 1994). Quando os cristais eram fumados em cachimbos estalavam (*cracking*) ao serem expostos ao fogo, daí o nome da droga (Ellenhorn, Schonwald & Wasserberger, 1997), produzindo uma euforia de elevada magnitude e curta duração, seguida de fissura intensa, e quase sempre, seguidos por um desejo incoercível de repetição do consumo (Carlini, Nappo, Galduróz & Noto, 2001). Tal como a cocaína, o *crack* é consumido por 0,3% da população mundial (ONUDD, 2001), nos quais a maior parte dos usuários concentra-se nas Américas, cerca de 70% (Galduróz, Noto & Carlini,

1997). Geralmente a população de usuários é extremamente jovem, variando dos 15 aos 45 anos, com predomínio da faixa etária dos 20 aos 30 anos (Londero, Sordi, Kreische & Diemen, 2012) homem, jovem, solteiro, de baixa classe socioeconômica, baixo nível de escolaridade e sem vínculos empregatícios formais, embora atinja todas as classes sociais (Oliveira & Nappo, 2008a).

Geralmente, os efeitos físico e psíquicos, produzidos por esta substância, são, idênticos aos da cocaína, porém extremamente agravados e acrescidos em nocividade, pois atingem o cérebro em poucos segundos, são mais rápidos e intensos e o indivíduo pode começar por sentir euforia e sensação de bem-estar intensa e excitação sexual, não obstante os efeitos positivos poderão ser rapidamente substituídos por ardor nos olhos, secura na boca, palpitações, contrações musculares, dilatação das pupilas, cefaleias, depressão forte, irritabilidade, angústia, e diminuição do apetite (Marques & Fugas, 1990).

O *crack* pode gerar um quadro de insônias, agitação psicomotora, emagrecimento, indiferença sexual, desestruturação da identidade da pessoa, desenvolver psicoses, paranóia, comportamento excessivamente anti-social. Essa substância psicotrópica, apresenta um enorme potencial de dependência psíquica, que se instala em muito pouco tempo, já que a sua tolerância é bastante elevada e desenvolve-se com facilidade (Marques & Fugas, 1990) e, o seu quadro de abstinência são semelhantes aos quadros associados ao uso de cocaína e relatados anteriormente (Oliveira & Tedesco, 2006).

Outros estimulantes

Estima-se que os estimulantes de tipo anfetamínico, excepto o *ecstasy* e a segunda substância mais consumidos no mundo, apenas ultrapassado pela *cannabis*, com uma prevalência estimada em 2010 de 0,3% a 1,2% (entre 14,3 milhões e 52,5 milhões de usuários. É cada vez mais frequente o uso de metanfetamina na Ásia ocidental e na Ásia central, assim como a fabricação ilícita de essa substância em algumas zonas, permitem supor que seu consumo também vai aumentar nessa região (UNODC, 2012).

A prevalência anual de consumo de “*ecstasy*” se calcula entre o 0,2% e o 0,6% da população de 15 a 64 anos (entre 10,5 milhões e 28 milhões de consumidores) apesar

de se comunicarem taxas superiores em Oceânia (2,9%), América do Norte (0,9%) e Europa ocidental e central (0,8%), sendo que o consumo é mais elevado entre os jovens.

Após o consumo de anfetaminas pode gerar quadros ansiosos agudos, com sintomas de inquietação, podem aparecer na intoxicação aguda ou *overdose*, irritabilidade, tremor, ansiedade, labilidade do humor, cefaleia, calafrios, vômitos, sudorese e verborragia (Wilkins, Conner & Gorelick, 1998), sendo que a síndrome de abstinência muito comum nesses usuários e caracteriza-se por fissura intensa, agitação, ansiedade, pesadelos redução de energia, lentificação e humor deprimido (Cantwell & McBride, 1998), o *ecstasy* produz um quadro de euforia e bem-estar, sensação de intimidade e proximidade com os outros, anorexia, taquicardia, tensão maxilar, bruxismo e sudorese (Laranjeira, Dunn, Rassi & Fernandes, 1996).

No uso crônico torna o indivíduo distante da realidade, irritado, paranóide e impulsivo, descuidado com a aparência e seus compromissos (Wilkins *et al.*, 1998), com presença de sintomas psicóticos (Hall, Hando, Darke & Ross, 1996), como delírios persecutórios e auto-referentes, alucinações auditivas e visuais (Yui, Ykemoto, & Goto, 2002), complicações clínicas (desnutrição, infarto agudo do miocárdio, cegueira cortical transitória, cardiopatias irreversíveis, vasoespasmos sistêmicos e edema agudo de pulmão (Ellenhorn, Schonwald, Ordog & Wasserberger, 1997). E, por fim, pode causar dependência (Srisurapanont, Jarusuraisin & Kittirattanapaiboon, 2000).

Alucinógenos

Diferentemente dos Estados Unidos, onde o uso na vida de alucinógenos entre estudantes foi relatado por 6,4% e do Chile (1,9%), no Brasil, este uso foi de 0,6%. O Rio de Janeiro foi a capital com a maior percentagem de estudantes que relataram uso na vida de alucinógenos (1,1%) (Galduróz, 2006).

As drogas psicodélicas são bem conhecidas por sua habilidade de provocar reações psicóticas, sendo os sintomas mais característicos são alucinações visuais e auditivas, acompanhadas de despersonalização, desrealização, desorientação e dissociação (Giannini & Collins, 2001). Tanto a fenciclidina (PCP) como a ketamina podem produzir alucinações, analgesia e amnésia (Anderson, 2003), cuja sua acção é mais dopaminérgica e despertam também pensamentos paranóides, agitação, delírios

(Giannini & Collins, 2001), e síndromes como ataxia, tremores e midríase são provocados pelo uso do LSD (Transportation Research Board, 2006). Estes efeitos são intensificados quando o uso dessas substâncias é associado sedativos e depressores como álcool (Anderson, 2003).

Os principais efeitos desejados e procurados são euforia,” efeitos místicos”, alucinações e sensação de prazer. Os usuários acabam por experimentar prejuízo cognitivo, confusão, tontura, comprometimento da coordenação motor discurso incompressível. Efeitos adversos ou *badtrips*⁴ e *flashback*⁵ podem ocorrer (Dias & Pinto, 2006). Embora a ingestão frequente de doses moderadas de LSD tem a capacidade de gerar tolerância à droga no organismo, os alucinógenos têm um potencial baixo para causar dependência (Sordi, Kreische & Diemen, 2012), e não é descrito nenhum quadro clinicamente significativo de retirada para os alucinógenos (Lacks & Julião, 2006).

Tabaco

Cerca de um bilhão de pessoas são fumantes no mundo e na década de 2030 estima-se que esse total poderá chegar a dois bilhões, no qual a grande parte destes fumantes vai estar nos países em desenvolvimento (OMS, 2004), embora abundantemente consumida em todo o mundo, e seu uso é considerado como via de iniciação para a consumo de outras drogas (Iglesias, Cavada, Silava & Caceres, 2007). O início do consumo de substâncias psicoactivas apenas ocorre durante adolescência, e o consumo de tabaco e álcool continua em proporções muito superiores a medida que avança a idade nos mesmos grupos etários (ONUDD, 2012), ressaltando que idade média de início de consumo é aproximadamente entre 13 e 14 anos, ainda que a vulnerabilidade para dependência não está relacionada apenas à idade (Everett *et al.*, 1999).

⁴ *Badtrips* diz respeito a “jargão usado pelos usuários de drogas referentes a manifestação de feitos colaterais com o uso da substância relativos a sensação de perda de controle, distorções da imagem corporal alucinações, medo de morrer e de enlouquecer, ideação suicida, taquicardia, náusea, sudorese, dentre outras” (Dias & Pinto, 2006).

⁵ *Flashback* refere as “recorrências dos eventos psíquicos que originalmente ocorrem durante o uso da substância” (Dias & Pinto, 2006).

A nicotina é uma poderosa substância psicoativa dotado de um complexo mecanismo de acção (Brands *et al.*, 1998), consumido com maior frequência através do cigarro, embora possa ser encontrado no charuto, cachimbo, tabaco mascado, dentre outros produtos (Dias & Pinto, 2006). Ao ser fumado é absorvido pelo organismo, incluindo pulmões, boca, mucosa nasal, pele e aparelho gastrointestinal (Taylor, 1996), atinge o cérebro em torno dos 10-20 segundos (Scmitz, Schneider & Jarvivik, 1997), sendo que acções da nicotina no Sistema Nervoso Central são mediadas por receptores nicotínicos localizados em diferentes áreas do cérebro e da coluna vertebral (Scmitz *et al.*, 1997). Inicialmente, o contacto com a substância pode causar dor de cabeça, tontura, insónia, tosse, náusea, que tende a desaparecer rapidamente e aparecem outros sintomas, característicos do uso em curto período, como sensação de bem-estar, aumento da concentração e relaxamento (Perkins, 1992).

A nicotina causa um leve aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, reduz o apetite e, conseqüentemente, diminui o peso corporal, sendo que o uso crónico do tabaco afecta os sistemas cardiovasculares e respiratórios devido a presença da nicotina, monóxido de carbono e aos outros elementos nocivos (Dias & Pinto, 2006).

Neste sentido, a nicotina relaciona-se com a dependência física, e com influência no sistema sanguíneo, sendo que a dependência no consumo de tabaco também comprometerá os processos de tolerância e de abstinência (Gavazzoni, 2008).

Então, por um lado aparecem os sintomas transitórios, que caracterizam a autêntica síndrome de abstinência de nicotina como depressão, diminuição da concentração, irritabilidade, ansiedade, inquietação, aumento de apetite, entre outros, que habitualmente tem uma duração de aproximadamente seis semanas; por outro lado, surgem os sintomas compensatórios, que são os da doença primária anteriormente mascarada pelo uso da nicotina. Os sintomas compensatórios podem se acumular à síndrome de abstinência verdadeira, tornando-a aparentemente mais profunda e mais prolongada, podendo em alguns casos fazer com que os indivíduos acabem por voltar ao consumo para mitigar seu sofrimento (Slotkin, 2002).

Solventes voláteis

O uso na vida de inalantes na população mundial está entre 12% a 19% (Howard *et al.*, 2010), sendo a idade média de experimentação é entre os 14 e 15 anos, adolescentes com transtornos do humor ou de ansiedade, em conflito com a lei, onde a experimentação tende a ser ainda mais precoce (Garland, Howard, Vaughn & Perron, 2011). Neste sentido, diversos estudos epidemiológicos, em diferentes países do mundo têm apontado que o uso, abuso e a dependência de substâncias inalantes são especialmente prevalentes entre adolescentes e crianças muito jovens, com uma variedade de desfechos e consequências negativas para esta população (Mora & Real, 2008; Garland, Howard, Vaughn & Perron, 2011). Por exemplo, o Brasil apresenta um dos maiores índices de uso na vida de solventes entre os estudantes (18,0%), não sendo ultrapassado por nenhum outro país, tanto das Américas quanto da Europa (Galduróz, 2006).

Os efeitos causados pela intoxicação aguda por inalantes assemelham aos do álcool e os sintomas variam com o tipo de produto inalado somente, casualmente pode apresentar alucinações (Cotrim, 1995), sendo as apresentações mais comuns dos inalantes são os fluidos de gás, *thinner*, colas, verniz, tintas, removedores de esmalte, adesivos, propulsores de aerossol, alguns agentes de limpeza seco, *spray* de pintura, fluidos de correção de máquina de escrever (OMS, 2006).

Após a inalação pela boca ou pelo nariz em segundos, surgem os sintomas, (Laranjeira *et al.*, 2003), exercendo a sua acção depressora no sistema nervoso central e numa primeira fase aparece euforia, excitação, desinibição, risos imotivados e alterações sensoriais semelhantes à intoxicação alcoólica. Posteriormente, surge euforia, relaxamento, vertigem, cefaleia, batimentos cardíacos acelerados, confusão mental, verborreia, diminuição do apetite e amnésia, não obstante esses sinais e sintomas dependem da frequência do uso (Garland *et al.*, 2011). Isso acarreta a diversos comportamentos de risco tais como: manter relação sexual sem proteção, envolvimento em brigas, comportamentos antissociais, maior probabilidade de experimentação e uso de outras drogas de abuso assim como ideação e tentativa de suicídio (Howard *et al.*, 2010; Garland *et al.*, 2011).

Não existe consenso entre os pesquisadores ao descrever o quadro típico de uso e dependência de inalantes (APA, 2002) e, comparando a abstinência de inalantes com cocaína observa-se prevalência significativamente maior de sintomas com inalantes, do

tipo hipersônia (63,6%), cansaço (55,4%), náusea (46%), sendo que convulsão (2,4%), comer mais e ganhar peso (4,8%) e sonhos vívidos (7,7%), são os sintomas menos comuns relatados. No entanto, o uso crônico de inalantes associa-se com sintomas psicóticos, transtornos do humor e de ansiedade, uso de outras drogas, suicídio, VIH, delinquência e transtornos de personalidade (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2012). Numa perspectiva clínica o uso crônico de inalantes associa-se a dano cerebral, tais como: prejuízo de memória, comprometimento cognitivo, perda auditiva e da sensação olfativa, comprometimento da coordenação motora, com ataxia da marcha e demência (Avila & Lagha, 2005), porém outros órgãos e sistemas também podem sofrer lesões como sistema hematológico, o fígado, rins, pulmões e coração (Tasman, 2010). A interrupção do uso de solventes não está associada a nenhum quadro de abstinência clinicamente importante (Oliveira & Tedesco, 2006).

Múltiplas drogas

Faz poucas décadas que o consumo de múltiplas drogas era considerado exceção e, actualmente, é quase uma norma em diversos países. Baseando-se num grupo diverso de 15 países (Alemanha, Argentina, Austrália, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Espanha, Estados Unidos, Filipinas, Indonésia, Itália, México, Peru e Reino Unido), os quais o número total de consumidores de cinco drogas (*cannabis*, anfetaminas, *ecstasy* cocaína e opiáceos) ultrapassou a média dos 20% do número total de consumidores de drogas ilícitas. Nos países com mercados de drogas ilícitas altamente diversificados, como o Reino Unido e os Estados Unidos, esse número excedia os 40%. Se adicionarem outras categorias de drogas, como os alucinógenos, sedativos e hipnóticos, obtém-se um número aproximadamente de 60% nos Estados Unidos, o que mostra que o consumo de múltiplas drogas é muito comum nesse país (ONU DC, 2012).

A associação de drogas psicotrópicas pode estar relacionada a diversos factores, entre eles a busca de maximização de sensações percebidas como prazerosas pelo usuário, a minimização de efeitos relacionados à intoxicação e abstinência e também pode refletir a disponibilidade de drogas e os padrões de consumo próprios de momentos ou contextos específicos. Geralmente este tipo de uso se inicia na adolescência, sendo que as primeiras drogas psicotrópicas usadas costumam ser as lícitas, álcool e tabaco (Azevedo & Oliveira, 2011) e, o início precoce do uso de drogas

lícitas como factor que predispõe ao poliuso e a dependência de drogas psicotrópicas (Kandel & Yamaguchi, 1993), indicativo de maior gravidade e maior probabilidade de desenvolvimento de dependência (Azevedo & Oliveira, 2011), que já é usuário de tabaco e/ou álcool e, normalmente inicia-se pelo uso de *cannabis* ou cocaína aspirada (Sanchez & Nappo, 2002).

Pensa-se que existe uma prevalência de policonsumo em usuários de cocaína e *crack*, com particular associação de transtornos relacionados ao uso de álcool (abuso e dependência) (Carlini *et al.*, 2007), e estima-se que entre 60 a 90% dos dependentes de cocaína tenham diagnóstico de abuso ou dependência de álcool (Noto, Galduróz, Nappo & Carlini, 2003). Um estudo brasileiro que avaliou 183 dependentes de drogas psicotrópicas que procuraram tratamento mostrou que 45,3% dos entrevistados utilizavam três ou mais drogas (Oliveira, 2010), sendo as drogas mais frequentemente associadas foram: álcool, *cannabis* e de cocaína (Oliveira & Nappo, 2008b) e substâncias como cocaína, heroína e *cannabis* eram consumidos por 49,3 % dos indivíduos (Seabra *et al.*, 2010).

Um estudo europeu que avaliou 70.000 adolescentes entre 15 e 16 anos em 22 países indicou que 30% haviam consumido pelo menos dois tipos de drogas psicotrópicas no mês anterior à avaliação, sendo a combinação mais frequente álcool e tabaco, seguida de *cannabis* com álcool e/ou tabaco, e, em baixa frequência, *cannabis* com álcool ou tabaco mais *ecstasy*, cocaína, anfetaminas, LSD ou heroína (Griffiths *et al.*, 2011).

Montalvo *et al.* (2004) desenvolveram em Comunidade Terapêutica da Fundacion Proyecto Hombre de Navarra, Espanha um estudo *ex post facto*, de carácter prospectivo num universo de 125 pacientes verificaram que principais substâncias que mais motivaram os indivíduos a buscar o tratamento foram a heroína (42,9%), a cocaína (28,6%), as anfetaminas (14,3%), o álcool (11,9%) e as benzodiazepinas 2,4%, sendo que a média total de consumo foi de 11,1 anos, distribuídos da seguinte forma: heroína 10,65 anos, cocaína 11,5 anos, álcool 14,6 anos, anfetaminas 10,25 anos, e benzodiazepinas não ultrapassaram dois anos de consumo.

Outro estudo em Oviedo, Espanha revelou que 57% dos homens e 60,5% das mulheres procuraram o tratamento devido à dependência de cocaína, 20,58% dos

homens e 19,6% das mulheres, ao haxixe, e 24,7% dos homens e 22,22% das mulheres, aos opiáceos, e nenhuma dessas substâncias implicam maior risco de abandono (Sirvent *et al.*, 2010).

Os dependentes de cocaína que fazem uso abusivo de álcool apresentam maiores índices de psicose induzida pela cocaína (Brady, 1995), depressão (Kenna, 2007), pelo que a presença de transtornos mentais piora o prognóstico e dificulta o tratamento do poliusuário (Hopwood *et al.*, 2011). Este tipo de uso quantificado em moderada ou intensa, bastante associado a transtornos mentais, inclusive com tentativas de suicídio (Smith *et al.*, 2011).

O álcool está presente em quase todas as combinações de substâncias consideradas entre poliusuários (Swendsen *et al.*, 2010). O consumo de cocaína também está associado ao uso de álcool, frequentemente, pois o álcool atenua a hiperatividade causada pela intoxicação por cocaína (Wang *et al.*, 1997). A cocaína antagoniza o efeito sedativo (Foltin, Fischman & Levin, 1995) e os *deficits* na performance psicomotora e aprendizado induzidos pelo álcool (Pennings, Leccese & Wolff, 2002), o que leva muitos usuários ao uso sequencial (Wang *et al.*, 1997). O álcool é empregado como paliativo aos efeitos negativos do *crack*, arrastando para um ciclo álcool-*crack*, de maneira que uma droga passa a estimular o consumo de outra e vice-versa (Oliveira & Nappo, 2008b). Devido a sua ampla disponibilidade o álcool torna-se a substância base dessas combinações, sobretudo em contextos recreativos, e no uso dos consumidores intensivos de drogas (Griffiths *et al.*, 2011).

Entre os usuários de *crack*, a prevalência do uso de *cannabis* chega a 60%, seja na forma sequencial, seja no uso combinado em um mesmo cigarro denominado “mesclado”, empregado com o objetivo de diminuir a fissura e demais efeitos ansiogênicos do *crack* (Sanchez & Nappo, 2002), e prolonga a duração do *crack*, seja administrada simultaneamente como coquetel, ou após o *crack* (Oliveira & Nappo, 2008b). Da mesma forma, o consumo combinado de *crack* com cloridrato de cocaína aspirada aumenta a intensidade e duração dos efeitos positivos, além de actuar como paliativos aos efeitos negativos (Oliveira & Nappo, 2008b).

Outra associação frequente (cocaína e heroína) conhecida como *speedball*, o efeito psicoativo sugere decorrer mais da somatória dos efeitos destas duas substâncias (Ferreira *et al.*, 2003) individualmente (excitação e sedação, respectivamente), do que do surgimento de um efeito “novo”. Possivelmente, os usuários experimentam uma sensação subjetiva de maior prazer com a mistura, qualitativamente distinto dos efeitos individuais destas drogas (Leri, Bruneau & Stewart, 2003).

O risco de ansiedade, comportamento obsessivo-compulsivo, sintomas psicóticos, alterações do humor, somatização, *deficit* de memória, de aprendizagem e na capacidade de julgamento social e emocional é aumentado nos usuários de *ecstasy* que fazem uso de outras substâncias (Hadjiefthyvoulou, 2011), e a *overdose* é mais frequentemente encontrada em combinações como cocaína e álcool, opioides com álcool, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, e MDMA e outros estimulantes (Koller *et al.*, 2003). Dessa interação entre as múltiplas drogas pode aumentar o dano físico, neurológico e psicológico no usuário (Diehl *et al.*, 2010) e, geralmente, os poliusuários apresentam anormalidades em determinadas regiões cerebrais, com dano cerebral e consequente prejuízo, aumento do risco de sintomas paranóides e alterações de humor, principalmente mania e hipomania, durante a intoxicação, crises epileptiformes, além de anedonia (Stevens, Peschk & Schwarz, 2007).

2.8. Comorbidades

Feinstein (1970), citado por Valderas, Mercer e Fortin (2011) definiu originalmente a comorbidade como "qualquer entidade clínica distinta adicional que existe ou pode ocorrer durante o curso clínico de um paciente que tem a doença índice em estudo". No entanto, Guidetti e Galli (2012) explicitam que o conceito actual refere-se à "associação, mais que informal, mas provavelmente não causal, entre uma doença ou transtorno índice e uma ou mais patologias físicas ou psicológicas"

Para Marsden, a comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e doenças infecto-contagiosas é sobejamente reconhecida, tanto quanto a relação existente entre transtornos de humor e uso de substâncias psicoativas (Marsden, 2009). Desse modo, alguns pesquisadores têm pesquisado nos últimos anos a coexistência de outros transtornos psiquiátricos, como transtornos do humor, a depressão, os transtornos de

ansiedade, os transtornos de conduta, o *deficit* de atenção e hiperatividade, a esquizofrenia e o tabagismo em dependentes de álcool e outras substâncias psicoativas (Grella *et al.*, 2001; Ross, Dermatis, Lavounis & Galanter, 2003). A presença de comorbidades acarreta dificuldades aos processos de tratamento (Dawe, Loxton, Kavanagh & Mattick, 2002), sendo que a gravidade da psicopatologia é o melhor preditor nos programas de tratamento (Hervás *et al.*, 2010), e a presença de sintomas de ansiedade e depressão tende-se associar fortemente ao abandono de tratamento (Oliveira *et al.*, 2010).

A *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* [EMCDDA] (2004) refere que o consume problemático de drogas e perturbações psiquiátricas constituem uma combinação frequente já que cerca de 80% dos pacientes aos quais é diagnosticado dependência de substância psicoativas apresentam igualmente perturbações psiquiátricas co-mórbidas. Essa entidade reconhece que tanto das equipas psiquiátricas como os serviços para toxicodependência têm dificuldade em diagnosticar essa patologia, pois as síndromes psiquiátricas agudas de um paciente com diagnóstico duplo que procuram tratamento podem ser confundidas com sintomas induzidos pelo consumo de drogas, ou, contrariamente, fenómenos de desabituação e intoxicação ser incorrectamente interpretados como doenças do fórum psiquiátrico.

Petribu (2001) chama atenção para o facto de que a existência de comorbidade influencia a evolução da doença para a cronicidade, com um prognóstico desfavorável e resposta negativa ao tratamento, ou seja, mais exposto a fracasso ou abandono de tratamento do que os isentos de comorbidades (Brown *et al.*, 1998), pés embora alguns serviços psiquiátricos e alguns serviços de assistência à toxicodependência podem obter óptimos resultados mesmo em pacientes com comorbidade (EMCDDA, 2004).

A cocaína vulnerabiliza o individuo ao risco de contrair o VIH devido a trocas de sexo por droga e partilha de seringas, aumentando a probabilidade do contacto com prováveis parceiros infectados (Carlini, Galduróz, Noto & Nappo, 2002), sendo que esse risco pode estar aumentado nos usuários de *crack* devido ao comportamento sexual de risco (Ferri, Laranjeira, Silveira, Dunn & Formigoni, 1997), pois os comportamentos de riscos mais observados nessa população são o número elevado de parceiros, o sexo sem protecção e a troca de sexo por *crack* ou por dinheiro para comprar a substância (Brasiliano, Hochgraf & Torres, 2002).

Weiser *et al.* (2006) observam que, apesar de esse comportamento ser mais frequente entre mulheres, tal conduta é verificado nos homens, independentemente da sua orientação sexual. Essas informações são sustentadas pelos pesquisadores Pechansky *et al.* (2002), que acompanharam por 18 meses em Porta Alegre, um grupo de 138 usuários de cocaína, objetivando investigar a incidência da infecção pelo VIH nesse período, evidenciaram a via sexual como modo primário de transmissão entre esses usuários. Nesse tocante, Nappo (2004) refere que se trata maioritariamente de jovens, mães, com baixa escolaridade, coabitando com família (pais ou companheiros) e provedoras das suas casas.

Nos estudos de Diez *et al.* (2000), mostraram que 29,9% dos seus residentes eram portadores de VIH; Seabra *et al.* (2010) verificaram no seu estudo que 46% dos seus doentes eram portadores de Vírus de Hepatite C (HCV). Já em estudos anteriores realizados tanto por Roig (1996), como por Melús e Gutiérrez (1996) encontraram percentagens mais baixas relativamente aos infectados pelos vírus VIH.

A perturbação da personalidade afecta 50-90% dos consumidores de drogas, sendo considerada o diagnóstico psiquiátrico mais comum entre esses seguida das perturbações de ordem afectiva (20-60%) e das perturbações psicóticas (20%) e, estima-se que 10% a 50% dos pacientes apresentam co-morbilidade de mais do que uma perturbação de personalidade ou psiquiátrica (Uchtenhagen & Zeiglgänsberger, 2000, citado por EMCDDA, 2004).

Scheffer e Pasa (2010) num estudo de carácter transversal quantitativo com 32 indivíduos, por meio do *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I Plus)* verificaram que a frequência de transtornos psiquiátricos em dois grupos de dependentes químicos, cocaína/*crack* e álcool/cocaína/*crack*, e constataram uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos nos dependentes químicos, já que ambos os grupos apresentaram diagnóstico para pelo menos um transtorno de humor, tendo o grupo de dependentes de cocaína/*crack* apresentado igual prevalência para Episódio Depressivo Maior e Episódio Maníaco (52,9%) e Risco de Suicídio (41,2%). Dentre os dependentes de álcool/ cocaína/*crack*, 66,7% apresentaram Episódio Depressivo Maior, acompanhado por Risco de Suicídio (66,7%) e Episódio Depressivo Maior com características Melancólicas (53,3%).

Armstrong e Costello (2002), citados por Ribeiro e Laranjeira (2010), numa revisão envolvendo estudos comunitários relativamente a comorbidade psiquiátrica efectuada com jovens usuários de álcool e outras drogas, constataram que cerca de 60% dos indivíduos apresentavam uma comorbidade, tendo o transtorno de conduta e o transtorno desafiador opositor os mais comuns, a frente do transtorno depressivo. Neste sentido, Flynn e Brown (2008) afirmam que a maioria dos usuários de drogas dentro do ambiente de tratamento possui ao menos um transtorno mental. Tal facto pode ser averiguado nos estudos de Silva *et al.* (2009) com 31 sujeitos diagnosticados como dependentes de álcool ou cocaína/*crack* em regime de internamento no Centro especializado de Dependência Química, da Unidade do Hospital Parque Belém, localizado em Porto Alegre, RS, através da aplicação do *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)*, verificaram que 83,9% dos integrantes deste pesquisa apresentaram ao menos um outro transtorno mental. Destes, 61,3% foram diagnosticados com dois ou mais transtornos mentais, direccionando para a presença de comorbidades múltiplas em expressiva parcela da amostra estudada. No grupo de indivíduos alcoólicos, somente 18,8% não apresentaram comorbidades psiquiátricas, enquanto no grupo de dependentes de cocaína/*crack*, em somente 13,3% não foi diagnosticado nenhum outro transtorno psiquiátrico, deixando transparecer que as comorbidades psiquiátricas são mais comuns entre usuários de outras drogas ilícitas como *crack* do que substâncias psicoactivas como o álcool e, porventura tabaco.

Nessa dialéctica, a presença de uma segunda comorbidade psiquiátrica é habitual entre os usuários de cocaína e *crack* (Leite, 1996), sendo que a depressão e transtornos ansiosos são as comorbidades psiquiátricas mais observadas (Terra, 2000), esquizofrenia e tabagismo (SENAD, 2006), já que o tabagismo está fortemente associado ao alcoolismo (Bossato, 2005), logicamente a presença da comorbidade aumenta a gravidade de ambas as doenças (Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008), piora o prognóstico dos usuários de substâncias psicoactivas (Leite, 1999). Essas afirmações foram constatadas por Magrinelli (2003) num estudo realizado com 50 pacientes internados em Porto Alegre encontrou correlação significativa entre os sintomas de depressão e ansiedade e a gravidade da dependência.

Verifica-se uma elevada percentagem de dependentes químicos policonsumidores (Capistrano *et al.*, 2013), e nestes há uma maior ocorrência de psicopatologias e risco de suicídio (Hess, Almeida & Moraes, 2012). Contrariamente, Wagner (2002), numa pesquisa entre os usuários de cocaína e *crack* internados para tratamento na cidade de Pelotas, entre 1998-2000, mostrou que a presença de depressão maior e a dependência de cocaína aumentava adesão dos portadores de ambas ao tratamento instituído. Normalmente, aqueles que consomem abusivamente cocaína e *crack* apresentam graves comorbidades (Heim & Andrade, 2008) e quanto maior é gravidade de patologia orgânica maior será a probabilidade de conclusão do programa de tratamento (Diez *et al.*, 2000).

É bastante frequente encontrar na literatura a existência de consumo excessivo e situações graves relacionado ao consumo do álcool em dependentes de outras substâncias psicoactivas. Para Laíns (2006), é notável o aumento do consumo de álcool nos pacientes heroíno-dependentes em programas de substituição. Segundo Bickel, Marion e Lowinson (1997), o uso abusivo do álcool e suas consequências para a saúde, simultaneamente com o consumo de cocaína e infecção pelo VIH, constitui um dos mais graves problemas entre os indivíduos em tratamento com programa de metadona.

Portugal *et al.* (2010), numa pesquisa descritiva, de carácter retrospectivo cujo objectivo era descrever o perfil de pacientes atendidos no Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo, portadores de comorbidades, observaram que os transtornos clínicos foram mais frequente (70,6%), seguida de transtornos psiquiátricos (63,7%) e sociais (34,4%). De entre os primeiros a Hipertensão arterial 33,1% foi o mais prevalente, sendo que o tabagismo (58,1%) foi a que teve mais percentagem entre a segunda e, por fim, os conjugais (18,1%) foi o mais frequente entre os problemas sociais.

Entre os fumantes refractários estão aqueles indivíduos com dependência de outras drogas. Experimenta-se, por exemplo, que 90% dos alcoólicos fumam e que é muito mais difícil parar de fumar sem suspender o consumo da outra substância da qual se usa concomitantemente (Laranjeira, Zaleski & Ratto, 2004), pelo que há uma forte associação entre o tabagismo e o uso de álcool e de outras drogas (Rodrigues *et al.*, 2009), de ocorrência na adolescência, fase marcada pela exposição e vulnerabilidade e experimentação e ao abuso de drogas (Santilán, 2007), sendo que essa associação

constitui uma forma da nicotina antagonizar os efeitos depressores do álcool no sistema nervoso central (Gigliotti, 2005), e o tabaco desempenha a função de facilitador para o consumo de cocaína, *cannabis*, e outras drogas ilícitas (Schmitz, Kruse & Kugler, 2003) e, quando se consome em simultâneo o tabaco e outros psicoestimulantes, como a cocaína, é provável que a nicotina, ao estimular a liberação de neurotensina, um neuropeptídeo endógeno, diminua as alterações perceptuais induzidas pelos psicoestimulantes, bem como os sintomas iniciais de abstinência (Fredrichson, Boules, Lin & Richelson, 2005), e no tratamento, não se verificou diferenças significativas das taxas de recuperação entre fumantes e não-fumantes quando se trata de dependência de substâncias estimulantes, por exemplo, a cocaína (Laranjeira *et al.*, 2004).

Neste sentido, em Rodrigues *et al.* (2009), num estudo epidemiológico, nas escolas do Distrito Federal numa amostra de 2.661 alunos com idades entre 9 e 19 anos, através de aplicação de um questionário padrão, verificou-se que a prevalência do tabagismo entre álcool e outras substâncias psicoactivas é de 10,5% entre essas escolas.

2.9. Programa Terapêutico

Grande parte das informações aqui apresentadas originou-se da consulta do *site* da Comissão de Coordenação de Combate a Drogas (<http://www.cccd.cv>) instituição que tutela a Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, o que fundamenta a escassez das referências teóricas que se verifica nesse ponto.

Existem diferentes métodos de tratamento para dependência de substâncias psicoactivas, cada qual com a sua especificidade. Estudos sobre adolescência e uso indevido de drogas (Ozechowski & Liddle, 2000; Meyers, Apodaca, Flicker, Sharon & Slesnick, 2002; Muck, Schwebel, Titus, Fishman, Godley & Zempolich, 2001; Jaffe, 2002) apresentam diversas formas de tratamento, que seguidamente mencionam-se as principais: Terapia Comportamental, Terapia Cognitiva Comportamental, Terapia Motivacional, Intervenções Farmacológicas, Terapia dos 12 Passos-Modelo Minnesota, Abordagem da Comunidade Terapêutica, Intervenções Multi- Sistémicas e Baseadas na família. No que se refere ao modelo de análise:

Existem quatro modelos de análise da dependência de drogas, sustentadas em diferentes raízes teórico-epistemológicas, nas quais se desenvolve em diferentes

aspectos metodológicas de intervenção, que são: o modelo jurídico-moral, o biomédico, o psicossocial e o sociocultural. Cada um desses assenta-se em concepções próprias a problemática relacionada ao uso de substâncias psicoactivas, suas complicações e desenvolvimentos, as possibilidades da atenção ao problema e suas técnicas de intervenção (Rezende, 2000, como citado em Schneider & Lima, 2011).

Por exemplo, Milby (1988) refere que as abordagens socioculturais abarcam as metodologias seguidas pelas Comunidades Terapêuticas e os Grupos de Narcóticos Anônimos. No entanto, há que realçar o facto de que não existe um único modelo de tratamento, a melhor via passa pela combinação dos modelos tendo como referência as necessidades do paciente (*National Institute on Drug Abuse* [NIDA], 2009).

A dependência de substâncias psicoactivas é uma doença crónica que afecta o indivíduo na sua globalidade e na sua relação interpessoal. A deterioração da sua saúde física, mental e espiritual acompanha a progressão da sua doença.

Para o dependente de substâncias psicoactivas, a dificuldade de viver sem recorrer às drogas, é uma situação apavorante e, aumenta a sua insegurança interior que o torna uma pessoa extremamente frágil e dependentes das coisas extrínsecas e das pessoas, exigindo delas uns suportes em condições de lhe garantir. A sua insatisfação aumenta e, para colmatá-la, incrementa o uso de drogas, fazendo com que ele perca o controlo da sua vida, tornado-se impotente perante as substâncias psicoactivas.

Faz-se necessária uma abordagem multidisciplinar com envolvimento dos profissionais das ciências médicas, comportamental e social, sem deixar de lado os conhecimentos espirituais e filosóficos. Esta condição impõe-se pelo carácter crónico da doença, que até ao momento, não tem um tratamento específico que por si só, consiga subsidiar todos esses requisitos essenciais para recuperação.

É neste sentido que a Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, afigura-se como um local de internamento com a duração normal de nove meses, seguindo o Modelo Minnesota com inclusão de alguns aspectos do Modelo Hierárquico, para melhor adaptação à realidade Cabo-verdiana. Conta com uma equipa multidisciplinar constituída pelos enfermeiros, psicólogos, médico e conselheiro que tratam e reinserem socialmente os indivíduos, que aliás, constituem um dos objectivos fundamentais deste

centro, além de fornecer as directrizes de como viver saudavelmente, tornado em pessoas mais autónomos, auto-suficientes e, fundamentalmente responsáveis com maior capacidade de decisão assente em liberdade.

Capítulo III: Metodologia

3.1. Método

Para a composição do presente trabalho, pesquisou-se sobretudo nas bases de dados Bireme e Scielo, Pub Med, procurando artigos em Inglês, Português, Espanhol e Francês. Ainda, foram consultadas Dissertações, Teses e Relatórios de Congressos.

3.2. Tipo de estudo

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo epidemiológico transversal retrospectivo descritivo, quantitativo e analítico, a partir de dados secundários que se encontram nos processos clínicos dos residentes que já passaram pela CT. Este estudo correlacional tem por objectivo descrever e analisar a relação entre variáveis seleccionadas. Deste modo, pretende-se estabelecer a relação entre as variáveis sociodemográficas, padrão de uso e comorbidades e as repercussões na conclusão de programa de tratamento. É nesta visão, que Tripoldi *et al.* (citado em Lakatos & Marconi, 2010, p. 170) consideram que os estudos de descrição de população como “ estudos descritivos que possuem, com função primordial, a exacta descrição de certas características de uma população como um todo, organizações ou outras colectividades específicas”. Gil (2008) complementa, referindo que certas investigações descritivas se aproximam da explicativa, pois ultrapassam a identificação básica da existência entre variáveis, visando determinar a essência dessa relação.

3.3. Local do estudo

A CTGSF foi criada em 06 de Julho de 2005 e recebeu seus primeiros residentes em 27 de Outubro de 2005. Está localizada nos arredores da Cidade da Praia, em São Filipe, na ilha de Santiago, sendo de fácil acesso aos grupos de auto ajuda, aos familiares dos residentes e aos profissionais que visitam as instalações. A CTGSF é bem iluminada, possui cozinha bem equipada, dormitórios confortáveis e modernos, uma unidade médica e de enfermagem, uma fábrica de desidratação de bananas, um pavilhão/oficina para artes decorativas, terrenos para cultivo de árvores de fruto e horticultura, campo

desportivo, ginásio. Ainda há várias salas para terapias de grupo, salas de reuniões, salas de leitura, salas para pessoal técnico, salas para terapias individuais, sala para administração.

A CTGSF tem capacidade para acolher 38 residentes, sendo 28 do género masculino e 10 do género feminino, para tratamento com duração prevista de nove meses.

Quanto aos recursos humanos, actualmente, a CTGSF conta com um Director, uma Administradora, um Assistente Administrativo, três Seguranças, três Cozinheiras, dois Ajudantes de Serviços Gerais, um Conselheiro, quatro Psicólogos, quatro Enfermeiros, um Médico e um Conductor.

3.4. Local do estudo: descrição do modelo terapêutico e filosofia intrínseca ao programa de tratamento.

A Comunidade Terapêutica Granja de São Felipe (CTGSF) emprega uma abordagem com foco no indivíduo caracterizada pelo humanismo, pelo holismo e pela flexibilidade já que trata o dependente de substâncias psicoactivas com dignidade, respeito ao seu corpo, à sua mente e ao seu espírito. Silva e Ciampone (2003) consideram que o ser humano uma unidade complexa, a um só instante, física, biológica, psíquica, cultural, social e histórica. Um dos fundamentos principais da CTGSF corresponde à espiritualidade, na qual se apoia; ela se pauta pela crença em um Poder Superior, na forma como os residentes o concebem. Neste sentido, supõe que a apresentação dos pressupostos terapêuticos do programa, recorrendo a vertente espiritual que o subsidia, pode ser influente na resposta ao programa de tratamento dos seus utentes.

O programa de recuperação da CTGSF desenvolve-se numa perspectiva da vida com uma base espiritual não religiosa na qual o “Poder superior” é essencial para o tratamento do dependente, assim como em outras áreas da sua vida. A crença num “Poder Superior”, na forma como o residente o concebe, é de capital importância, pois ajuda o indivíduo na gestão dos estados emocionais, das situações de riscos e de estresse, e é essencial para seu envolvimento com o programa terapêutico, sua manutenção e sua recuperação da dependência de substâncias psicoactivas.

Com intuito de ajudar os indivíduos em sua recuperação, torna-se necessário motivá-los a descobrir seus interesses e habilidades, a fim de promover uma ruptura completa com seu estilo de vida anterior. Esse rompimento é facilitado pelo internamento, durante o qual o indivíduo, depois de já ter sido submetido a uma desabitação física ou desintoxicação prévia realizada em diversas estruturas de saúde, são trabalhados no sentido de viver de acordo com o programa de tratamento do centro terapêutico.

A filosofia desenvolvida especificamente na CTGSF tem como objectivos gerais: tratar a dependência psicológica; promover uma maior autonomia e responsabilidade; restabelecer a capacidade de desenvolver relações saudáveis; reinserção/inserção social. Ou seja, a CTGSF ajuda seus residentes a alcançarem um equilíbrio biopsicossocial emocional e espiritual. Espera-se que, ao final do internamento, e a partir da reestruturação da sua personalidade, os indivíduos reaprendam e reencontrem o prazer de viver sem recorrer ao uso de substâncias psicoactivas.

O tratamento tem a duração média de nove meses e divide-se em três fases, cada uma dessas fases tem o seu objectivo específico.

Como objectivo específico da **primeira fase**, procura-se que o indivíduo tenha uma separação/luto da droga e do estilo de vida anterior, integre-se ao grupo e às regras da CT. Na **segunda fase**, trabalha-se com intuito de que o indivíduo tenha conhecimento de si próprio, aumente a sua responsabilidade e adquira novas atitudes, capacidades e relações. A **terceira fase** baseia-se sobretudo na reparação de atitudes e de comportamentos do passado, iniciando um projecto pessoal, elaborando sua separação da CTGSF e inicie a vida fora da CT: emprego, estudo e procura de habitação.

Alguns marcos conceituais históricos que embasam o trabalho da CTGSF, que são passados em revista a seguir. Já no decorrer dos anos 1950, nos Estados Unidos, mais concretamente no Estado de Minnesota, o psiquiatra Robert Smith e o psicólogo Bill Wilson (alcoólico) por entenderem que abordagem da doença alcoolismo deveria ser radicalmente diferente do que propunha a tradição psiquiátrica desenvolveram um programa que se baseava nos 12 passos dos Alcoólicos/Narcóticos Anónimos (AA/NA),

sendo orientado por conselheiros (alcoólicos recuperados) que, posteriormente, veio a ser internacionalmente conhecido como o Modelo Minnesota, de carácter humanista, cujo objectivo era a abstinência total do consumo de substâncias psicoactivas.

Em 1953 a Associação Norte-Americana de Psiquiatria reconheceu essa doença como uma doença primária, crónica, progressiva e fatal; não tem cura mas pode ser tratada. Não tratada, e se a progressão não for interrompida, pode assumir uma grave dimensão biopsicossocial e espiritual, com a particularidade de atingir a família na sua integridade e ser causa de inúmeros óbitos.

O objectivo deste modelo é de ensinar tanto o dependente de substâncias psicoactivas como a sua família a mudar de atitudes e comportamentos por meio de um método de trabalho que se baseia num conjunto de actividades psicoterapêuticas descritas a seguir.

3.5. Principais Actividades Psicoterapêutica

A ocorrência de mudanças do indivíduo no domínio comportamental, emocional, afectivo, cognitivo e espiritual são os objectivos propostos no tratamento. As actividades ajudam a atingir os objectivos propostos. A finalidade das mesmas é levar o residente à ressocialização e à ruptura com o anterior estilo de vida, por meio de novas aprendizagens.

Destaca-se um conjunto de actividades terapêuticas, sendo maior parte de grupo, permitindo aos residentes a identificação com o outro e a se ajudarem mutuamente e se sentirem capazes de se tratarem.

Meditação - é o primeiro grupo terapêutico realizado diariamente e coordenado pelo residente responsável pelo grupo. Constitui um momento de introspecção e reflexão baseado num texto do livro "Só por hoje" dos Narcóticos Anónimos (2000), no qual se fala sobre sentimentos e pensamentos desencadeados pelo mesmo.

Atendimento Individual - é um momento em que se estabelece a relação terapeuta-paciente e a ajuda no restabelecimento e na reconstrução da confiança prejudicada pela dependência. É uma oportunidade que o residente tem para expor seus problemas

específicos e mais íntimos, que não se sente confiança em levar para o grupo e no qual, de forma mais profunda, se procura encontrar estratégias e formas de os superar.

Grupo de Terapia - é um espaço de encontros nos quais, sob a orientação e coordenação de um conselheiro terapeuta ou psicólogo terapeuta, os residentes se sentem acolhidos entre colegas, através da partilha dos seus sentimentos. Trabalha-se a necessidade de abstinência e recebe-se ajuda que vai ao encontro daquilo de que o residente precisa.

Grupo de Danos e Impotência - grupo facilitado por um conselheiro terapeuta ou psicólogo terapeuta no qual partilham-se danos específicos causados a si e aos outros referindo-se ao lugar em que ocorreram e os sentimentos predominantes tanto no momento da ocorrência como no instante da partilha. Segue-se a entreatajuda, que facilita a quebra da negação.

Grupo de Desgovernos e Desonestidades - grupo directivo e de confrontação realizado todas as segundas feiras que leva o residente a se responsabilizar pelos seus actos, praticar honestidade e facultar mudanças de atitudes e comportamentos (melhorar os defeitos de carácter, a linguagem, a higiene pessoal, a pontualidade, entre outros).

Grupo de Mudanças de Objectivos - grupo realizada a cada duas semanas, no qual se faz o balanço e a avaliação de cada elemento do grupo e do grupo como um todo. Cada residente aponta os aspectos positivos e negativos e propõe mudanças a serem postas em prática durante as duas semanas seguintes.

Actividades Orientadas e Diversas - São actividades voltadas para a cooperação, trabalho em equipa que os ajudam a desenvolver algumas habilidades de descontração e socialização. Com isso, pretende-se ajudar os residentes a tomar consciência que é possível viver e divertirem-se sem terem que recorrer ao uso de quaisquer substâncias psicoactivas. Dentre essas actividades destacam-se: pintura, desenho, culinária, horticultura, informática, reciclagem, jogos, filmes, passeios, etc.

Grupo de Preparação de Fim-de-Semana - grupo de orientação para gestão ao fim de semana, não só para os residentes que saem de licença de fim-de-semana, como também para os que permanecem no centro, tendo em conta a ausência da maioria dos técnicos.

Grupos de Sentimentos - grupo facilitado pelos enfermeiros todos os domingos à tarde. Os residentes identificam os sentimentos predominantes durante a semana, sentem-se compreendidos e recebem ajuda na gestão desses sentimentos.

Grupo Tópico - grupo de leitura e discussão de textos sobre tópicos específicos escolhidos pela equipa técnica mediante as dificuldades actuais do grupo, com o objectivo de as ultrapassar.

Mini Grupos e Grupo de Tarefas - leitura de trabalhos específicos, promovendo a entreajuda entre os membros e busca de uma certa autonomia para dialogar e confrontar diversas situações- problema.

Grupo de Encontro - grupo seguro, honesto, frontal e confidencial facilitado semanalmente por um psicólogo terapeuta ou conselheiro terapeuta no qual um residente confronta o outro por sua má atitude e comportamento no tratamento, no intuito de o ajudar.

Palestras - Espaço dinâmico, aberto e participativo com técnicos da CTGSF ou de outras instituições, em que se debate não só temas relacionados as dependências de substâncias psicopáticas como também temas ligados ao quotidiano.

Partilha Maravilha e Despertar Espiritual - espaço em que o residente tem oportunidade de sair de si mesmo e mudar o seu relacionamento com o outro, de respeitar as diferenças individuais e fé de encontrar o bem-estar e a paz interior e reforçar a sua relação com o seu poder superior. É realizada todos os sábados à tarde por ex-residentes que estão em recuperação, membros das igrejas, entre outros.

Terapia Familiar - realizada normalmente por ocasião da saída de fim-de-semana do residente, na qual o psicólogo terapeuta conselheiro terapeuta orienta a família sobre o que é a doença de dependência de substâncias psicoactivas e como ajudar o seu familiar. A família passa a entender o comportamento e os sintomas manifestados pelo dependente de substâncias psicoactivas e que não é a causa dessa doença crónica. É, ainda, um espaço aproveitado para a confrontação de problemas entre família e dependente vivenciados anteriormente à entrada na CT.

3.6. Fonte de dados e Sujeitos

Os arquivos dos pacientes admitidos à CTGSF entre 01 de Janeiro de 2006 (dois meses após o início de suas atividades, em 27 de Outubro de 2005) e 31 de Dezembro de 2010 constituíram a principal fonte de dados deste estudo. A escolha desse material deve-se ao facto de ser o melhor mecanismo à disposição do investigador para a investigação, dado que cada paciente que inicia o tratamento na CTGSF gera um arquivo contém quase todas as informações a seu respeito.

O arquivo da CTGSF está organizado por ordem alfabética da saída dos pacientes. Dentro dessas pastas encontram-se, além da ficha de encaminhamento com a maioria de informações dos pacientes, o registo do processo clínico, a ficha de trabalho do residente, a ficha de admissão, o contrato de internamento e a ficha informativa sobre as drogas e trabalhos terapêuticos.

Para a essa pesquisa adoptou-se como critérios de inclusão: registos com fichas de encaminhamento completa, uma vez que os dados de interesse destinado à esta pesquisa encontram-se maioritariamente nesse documento. Como critério de exclusão a figuram todos os registos que, apesar de englobando os documentos para a inclusão, não englobavam a maior parte da informação de interesse para a pesquisa. Tampouco as readmissões foram incluídas no estudo.

Para o estudo, foram considerados 230 registos, dos quais 215 foram utilizadas e 5 foram excluídas devido a: falta de ficha de encaminhamento (03 registos) e processo incompleto (02 registos). Havia ainda outros 10 registos correspondentes a readmissões, que não foram incluídos no estudo.

Portanto, trata-se da utilização de todo o universo de sujeitos que foram admitidos à CTGSF no período mencionado, e não apenas de uma amostra.

3.7. Definição e operacionalização das variáveis em estudo

As seguintes características sócio demográficas foram consideradas para o presente estudo: género, idade, escolaridade, filhos, profissão, ocupação, estado civil e tipo de coabitação. Também foram analisadas as seguintes características de padrão de uso: idade de início do uso de drogas, primeira droga consumida, tipos de drogas que já

usou, droga que levou a procurar o tratamento, tempo de consumo, tratamentos anteriores, tempo de permanência no programa de tratamento e resposta ao mesmo.

Finalmente, averiguaram-se as comorbidades associadas à dependência de substâncias psicoactivas

3.8. Variável Dependente

Neste estudo considera-se como variável dependente a "não conclusão do programa de tratamento".

3.9. Variáveis Independentes

São consideradas, no âmbito desse estudo as seguintes variáveis independentes, sobre as quais codificadas pelo autor da seguinte maneira:

Género: Observado como uma variável qualitativa (com duas categorias):

1.Masculino; 2. Feminino.

Idade: Observado como uma variável quantitativa discreta representando anos completos, podendo variar de 18 a 48.

Estado civil: Variável qualitativa (com três modalidades):

1.Divorciados ou separados; 2. casados ou vivendo em união de facto; 3. Solteiros.

Ocupação e situação laboral: Variável qualitativa com duas modalidades:

1. Empregados; 2. Desempregados.

Filhos: Observado como uma variável qualitativa (com duas modalidades):

1.Sim; 2. Não.

Tratamentos anteriores: Variável qualitativa com duas modalidades:

1. Sim; 2. Não.

Tempo de permanência: Variável quantitativa discreta derivada a partir da data do internamento e da data da alta, medida em dias.

Idade de início do uso de drogas: Variável quantitativa discreta representando anos completos, variando de 9 a 38.

Primeira droga consumida: Variável qualitativa com dez modalidades de tipos de drogas:

1. Álcool; 2. Opiáceos; 3. Canabinóides; 4. Sedativos e hipnóticos; 5. Cocaína; 6. Outros estimulantes (inclui anfetamina e cafeína); 7. Alucinógenos; 8. Tabaco; 9. Solventes voláteis; 10. Múltiplas drogas e outras substâncias.

Tipos de drogas que já usou: Variável qualitativa com dez modalidades de tipos de drogas:

1. Álcool; 2. Opiáceos; 3. Canabinóides; 4. Sedativos e hipnóticos; 5. Cocaína; 6. Outros estimulantes (inclui anfetamina e cafeína); 7. Alucinógenos; 8. Tabaco; 9. Solventes voláteis; 10. Múltiplas drogas e outras substâncias.

Tempo de consumo: Variável quantitativa discreta que indica os anos de consumo de cada tipo de droga:

1. Álcool; 2. Opiáceos; 3. Canabinóides; 4. Sedativos e hipnóticos; 5. Cocaína; 6. Outros estimulantes (inclui anfetamina e cafeína); 7. Alucinógenos; 8. Tabaco; 9. Solventes voláteis; 10. Múltiplas drogas e outras substâncias.

Droga que levou a procurar o tratamento: Variável qualitativa com dez modalidades de tipos de drogas:

1. Álcool; 2. Opiáceos; 3. Canabinóides; 4. Sedativos e hipnóticos; 5. Cocaína; 6. Outros estimulantes (inclui anfetamina e cafeína); 7. Alucinógenos; 8. Tabaco; 9. Solventes voláteis; 10. Múltiplas drogas e outras substâncias.

Comorbidades: Variável qualitativa (com onze modalidades):

1. Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares 2. Doenças do

aparelho digestivo; 3. Doenças do ouvido, nariz, faringe e laringe 4. Doenças do aparelho respiratório; 5. Doenças do aparelho Geniturinário 6. Doenças infecciosas e parasitárias; 7. Transtornos mentais e comportamentais; 8. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo 9. Doenças da pele e do tecido subcutâneo; 10. Doenças do olho e anexos; 11. Outras doenças.

Número de comorbidades: Variável qualitativa com quatro categorias:

1.Sem comorbidades; 2.Uma comorbidade; 3.Duas comorbidades; 4.Três ou mais comorbidades.

Resposta ao programa de tratamento: Variável qualitativa com cinco modalidades:

1.Conclusão; 2. Expulsão; 3. Abandono; 4. Fuga; 5. Óbito.

3.10. Instrumento de colheita de dados.

O Instrumento de colheita de dados utilizado consistiu num formulário de dados biossociodemográficos e de um levantamento de padrão de consumo e de comorbidades elaborado especificamente para este trabalho pelo pesquisador em função do tema em estudo, dos objectivos, da população a que se destina, de forma a serem registadas as informações de interesse. Ele encontra-se no Apêndice I.

As variáveis investigadas incluem os dados biossociodemográficas, para caracterização do universo, em género, idade, escolaridade, filhos, profissão, ocupação e situação laboral, estado civil, coabitação.

Relativamente ao padrão de uso identificou-se, idade de início do uso de drogas, primeira droga consumida, tipos de drogas que já usou, tempo de consumo, tratamentos anteriores, tempo de permanência na CTGSF e resposta ao programa de tratamento; quanto às características clínicas, foram analisadas as comorbidades.

Os dados foram coligidos a partir dos processos clínicos dos ex-residentes. O próprio pesquisador colheu esses dados, o que foi facilitado pelo facto do mesmo trabalhar na referida instituição. Os dados foram registrados e identificados por códigos numéricos primeiramente em papel e depois passados para um banco de dados computadorizado (folha de Excel).

3.11. Processamento de dados

A partir das planilhas Excel, os dados foram organizados no programa *Microsoft Office Excel 2007 for Windows* e, posteriormente, trabalhados no SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 19.0 para *Windows*. No que diz respeito as variáveis contínuas foram analisadas as médias e os desvios padrão. Medidas de frequências relativas e absolutas foram empregadas para as variáveis categóricas com objectivo de verificar a variabilidade e intensidade do fenómeno em estudo. O nível de significância adoptado para o modelo final foi de 5%.

Durante as análises das frequências, verificou-se que certas categorias apresentavam algumas semelhanças entre elas, nomeadamente frequências e percentagens baixas, optou-se por agrupar algumas delas a saber: sem escolaridade /ensino básico; ensino técnico/secundário; sem profissão ou profissões elementares; profissão técnica ou superior; múltiplas drogas e outras substâncias; álcool e tabaco; comorbidades clínicas, e três ou mais comorbidades.

A análise de regressão logística foi realizada através do programa estatístico SPSS 19.0 com 215 dados. Foram seleccionadas as variáveis que poderiam contribuir significativamente para a não conclusão do programa de tratamento de dependência de substâncias psicoactivas.

Valendo-se da Regressão Logística Binária, foram determinadas as variáveis relevantes para explicar a não conclusão do programa de tratamento, no intuito de estabelecer um modelo de auxílio à tomada de decisão.

Para identificar os factores associados a não conclusão do programa de tratamento residentes da CTGSF, por meio da análise de regressão, o ponto de partida para o ajuste do modelo foi a pré-selecção das variáveis predictoras. Assim sendo, considerando como critério o valor de p, por meio da regressão logística simples, cada uma das 12 variáveis independentes foram testadas em relação à variável dependente não conclusão do programa de tratamento.

3.12. Procedimentos formais éticos-legais em pesquisa com seres humanos

Para poder-se realizar essa colheita de dados dos processos clínicos dos indivíduos que constituíram o nosso universo foi necessário obter, inicialmente, uma autorização da CTGSF. Uma vez esta obtida, e, ao abrigo do artigo nº 11 do decreto - lei nº 26/2007, a Comité Nacional de Ética em Pesquisa para Saúde na sua 31ª Reunião Ordinária, de 14 de Agosto de 2012, aprovou e deu o seu parecer final favorável ao estudo, por preencher os requisitos ético-legais.

Capítulo IV: Resultados

4.1. Resultados

Entre os anos 2006 e 2010, houve 230 admissões na CTGSF para tratamento de dependência de substâncias psicoactivas; no total, porém, como 10 sujeitos foram readmitidos, tivemos um total de 220 sujeitos. Foram excluídos do estudo os prontuários de 05 sujeitos (2,3%): 03 devido à falta de ficha de encaminhamento (1,4%) e 02 por prontuário incompleto (0,9%). A idade dos sujeitos variou de 18 a 48 anos; a média foi de 30,25 anos, com desvio padrão de $\pm 6,36$ e mediana de 29 anos. As demais características sociodemográficas estão apresentadas na Tabela 1. Os dados de todas as tabelas, quadros e gráficos são de elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes.

4.2. Análise descritiva das variáveis

4.2.1. Características sociodemográficas

Tabela 1: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, segundo as características sociodemográficas, Cabo Verde, 2006 – 2010.

	Características sociodemográficas	N	%
Género	Masculino	191	89
	Feminino	24	11
	Total	215	100
Escolaridade	Ensino Secundário	131	60,9
	Ensino Básico	66	30,7
	Ensino Técnico	9	4,2
	Ensino Superior	7	3,3
	Sem Escolaridade	2	0,9
	Total	215	100
Ocupação e situação laboral	Desempregado	165	76,7
	Empregado	50	23,3
	Total	215	100
Estado Civil	Solteiro	202	94
	Casado ou união de facto	9	4,2
	Separado ou divorciado	4	1,8
	Total	215	100
Tipo de coabitação	Pai/Mãe/Ambos	72	33,5
	Outros parentes	63	29,3
	Outros	23	13,9
	Só	27	12,6
	Cônjuge/Companheiro	23	10,7
	Total	215	100
Filhos	Sim	122	56,7
	Não	93	43,3
	Total	215	100

⁶ Outros parentes – referem-se a irmãos, avós e tios.

⁷ Outros – dizem respeito aos amigos, vizinhos e rua

Profissão	N	%
Profissões Elementares	82	38,1
Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices	53	24,7
Pessoal de Serviços, Pessoais de Proteção e Segurança e Vendedores	29	13,5
Especialistas das Actividades Intelectuais e Científicas	15	7,0
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	12	5,6
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta	8	3,7
Técnicos e Profissionais de Nível Intermediário	7	3,2
Representante dos Poderes Legislativo e Executivo, Diretores e Gestores Executivo	4	1,9
Pessoal Administrativo	3	1,4
Profissões Especificamente Militares	2	0,9
Total	215	100

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

Há um claro predomínio da frequência de homens (89%) contra a de mulheres (11%).

No que respeita ao estado civil observou-se que, 94% dos participantes eram solteiros, 4,2% eram casados ou viviam em união de facto e 1,9% eram divorciados ou separados. Apesar de a maioria ser solteira, 57% dos participantes tinham filhos.

Relativamente à coabitação, cerca de um terço dos participantes (33,5%) vivia com ao menos um dos pais, 29,3% viviam com outros parentes, 13,9% viviam com pessoas sem relação de parentesco, 12,6% viviam sozinhos e 10,7% coabitavam com cônjuge/companheiro.

Quanto ao grau de escolaridade, a maioria (60,9%) possuía o ensino secundário e, menos de 1% (0,9%) não tinha nenhuma escolaridade. Quanto à ocupação e à situação laboral, constatou-se que 76,7 % se encontravam desempregados.

Em relação à profissão, notou-se que a categoria mais representada foi a de profissões elementares (38,1%), seguida de profissões qualificadas da Indústria, Construção e de Artífices (24,7%) e do pessoal de serviços, segurança e vendedores (13,5%); nenhuma outra categoria profissional esteve representada por mais de 7% dos sujeitos.

4.2.2. Padrão de consumo de substâncias psicoativas

Relativamente à idade de início de uso de drogas, verificou-se que a idade mínima de início de uso de drogas variou entre 09 e 15 e anos, sendo que a idade máxima de início oscilou dos 26 aos 38 anos. A média de idade de início de uso de drogas oscilou entre 16,18 anos para canabinóides, e 21,59 anos para cocaína. Não houve registro de uso de álcool nem de tabaco nos prontuários de nenhum sujeito (Tabela 2).

Tabela 2: Idade (em anos) de início de uso de drogas em Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por tipo de substância psicoativa, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Tipo de substância psicoativa	Média	Mínimo	Máximo
Cocaína	21,59	12	38
Múltiplas drogas e outras substâncias	21,51	12	38
Opiáceos	21,22	13	32
Sedativos e hipnóticos	21,00	13	30
Outros estimulantes	20,78	15	28
Alucinógenos	20,43	15	26
Solventes voláteis	20,43	15	26
Canabinóides	16,18	9	32

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

Tabela 3: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, conforme a primeira substância psicoativa consumida, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Tipo de substância psicoativa	N	%
Canabinóides	186	86,5
Cocaína	19	8,8
Múltiplas drogas	9	4,2
Sedativos e hipnóticos	1	0,5
Total	215	100

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

No que respeita à primeira droga consumida os resultados assinalam que a primeira droga usada foi canabinóides em 86,5% dos casos, seguida da cocaína em 8,8% dos casos, e que apenas 0,5% usou sedativos e hipnóticos, na primeira vez. Em nenhum caso a primeira substância psicoativa usada foi álcool, tabaco, opiáceo, solvente volátil, alucinógeno ou outros.

Tabela 4: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, segundo tipos de drogas consumidas, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Tipos de drogas consumidas	N	%
Cocaína	211	98,1
Canabinóides	196	91,2
Múltiplas drogas	192	89,3
Opiáceos	23	10,7
Outros estimulantes	18	8,4
Sedativos e hipnóticos	10	4,7
Alucinógenos	7	3,3
Solventes voláteis	7	3,3

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

No que respeita ao tipo de drogas consumida observou-se que 98,1% dos participantes consumiram cocaína, 91,2% usaram canabinóides e 89,3% consumiram múltiplas drogas. Não havia nos prontuários anotações referentes ao uso de álcool nem de tabaco.

Tabela 5: Frequência e percentagem das múltiplas substâncias psicoactivas usadas por residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Múltiplas drogas	N	%
Canabinóides/Cocaína	156	72,6
Opiáceos/Canabinóides/Cocaína	14	6,5
Canabinóides/Cocaína/Outros estimulantes	4	1,8
Canabinóides/Sedativos e hipnóticos/Cocaína	3	1,3
Opiáceos/Canabinóides/Cocaína/Outros estimulantes	3	1,3
Canabinóides/Cocaína/outros estimulantes/Alucinógenos/Solventes voláteis	2	0,9
Opiáceos/Canabinóides/Sedativos e hipnóticos/Cocaína/Outros estimulantes/Alucinógenos/Solventes voláteis	2	0,9
Canabinóides/Cocaína/outros estimulantes	1	0,5
Canabinóides/Cocaína/Outros estimulantes/Alucinógenos/Solventes voláteis	1	0,5
Canabinóides/Sedativos e hipnóticos/Cocaína/Outros estimulantes	1	0,5
Canabinóides/Sedativos e hipnóticos/Cocaína/Outros estimulantes/Alucinógenos/Solventes voláteis	1	0,5
Opiáceos/Canabinóides/Cocaína/Outros estimulantes/Alucinógenos/Solventes voláteis	1	0,5
Opiáceos/Canabinóides/Sedativos e hipnóticos	1	0,5
Opiáceos/Canabinóides/Sedativos e hipnóticos/Cocaína/Outros estimulantes	1	0,5
Opiáceos/Canabinóides/Sedativos e hipnóticos/Outros estimulantes	1	0,5
Total	192	89,3

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

A combinação de múltiplas substâncias psicoactivas mais encontrada foi a de canabinóides/cocaína, em 72,6% dos residentes.

Tabela 6: Tempo de consumo (em anos) dos residentes da Comunidade Terapêutica, Granja de São Filipe por dependência, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Tipo de substância psicoactiva	Média	Mínimo	Máximo
Canabinoides	14,16	2	33
Opióides	12,22	1	28
Sedativos e hipnóticos	10,9	1	23
Alucinógenos	10,86	7	28
Solventes voláteis	10,86	7	28
Outros estimulantes	9,83	3	33
Múltiplas drogas e outras substâncias	8,94	1	28
Cocaína	8,73	1	23

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

Em relação ao tempo de consumo de qualquer substância psicoativa, observou-se que o tempo mínimo variou de 01 a 07 anos, com o tempo máximo oscilando entre 23 a 33 anos. A média de tempo de consumo variou de 8,73 anos para cocaína a 14,16 anos para canabinóides.

Tabela 7: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por tipo de droga que levou a procurar o tratamento, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Tipo de droga que levou a procurar o tratamento	N	%
Cocaína	171	79,5
Múltiplas drogas	35	16,3
Canabinóides	5	2,3
Opiáceos	4	1,9
Total	215	100

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

A maioria (79,5%) dos sujeitos que buscou tratamento na CTGSF alegou ter sido motivada pelas consequências do uso de cocaína, 16,3% indicou múltiplas drogas, 2,3%, canabinóides e menos de 2% (1,9%) procuraram o tratamento pela dependência de opióides.

Tabela 8: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, segundo números de drogas consumidas, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Número de drogas consumidas	N	%
1	23	10,7
2	156	72,6
3	21	9,8
4	7	3,3
5	4	1,8
6	2	0,9
7	2	0,9
Total	215	100

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

No que se refere ao número de substâncias consumidas, apenas 23 residentes (menos de 11%) admitiu ter consumido apenas um tipo de droga; todos os demais consumiram dois ou mais tipos diferentes de substâncias psicoativas.

A maioria dos prontuários (76,75%) não continha informações adequadas relativas ao padrão de uso (quantidade e frequência de uso das drogas). Contudo dos 23,25% das informações válidas relativas ao padrão de uso, foi possível verificar que 43,9% dos indivíduos consumiam de 1 a 9 doses de drogas/dia, 17,4% consumiam 10 ou mais doses/dia. Estes 23,25% dos prontuários informavam ainda que 35,6% consumiam drogas diariamente e 3%, semanalmente.

4.2.3. Características clínicas (Comorbidades)

Tabela 9: Frequência e percentagem das comorbidades apresentadas pelos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Comorbidades	N	%
Transtorno por uso de tabaco	160	74,4
Transtorno por uso de álcool	108	50,2
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	61	28,4
Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares	31	14,4
Doenças do aparelho digestivo	21	9,8
Doenças infecciosas e parasitárias	21	9,8
Doenças do olho e anexos	18	8,4
Transtornos mentais e comportamentais	17	7,9
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	17	7,9
Outras doenças	15	7,0
Doenças do aparelho geniturinário	11	5,1
Doenças do ouvido, nariz, faringe e laringe	8	3,7
Doenças do aparelho respiratório	4	1,9
Total	492	

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

A percentagem de comorbidades⁸ identificadas ultrapassa 200% porque a maioria dos residentes (69,7%) apresentavam mais de uma delas. A categoria mais representada foi a de transtorno por uso de tabaco (74,4%), seguida de transtorno por consumo de álcool (50,2%), e a menos, a doenças do aparelho respiratório (1,9%). Os transtornos mentais e comportamentais foram identificados em 7,9% dos residentes.

⁸ As comorbidades foram codificadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças- CID 10,e, as outras doenças – dizem respeito a hipertensão arterial, varizes e epilepsia.

Tabela 10: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por número de comorbidades, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Número de comorbidades	N	%
0	12	5,6
1	53	24,7
2	65	30,2
3	47	21,9
4	26	12,1
5	8	3,7
6	4	1,8
Total	215	100

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

Não foi identificada nenhuma comorbidade em 5,6% dos residentes e, em cerca de 30% deles foram identificadas duas ou mais comorbidades, sendo que em quase 2% deles foram anotadas seis ou mais comorbidades.

Quanto à resposta ao tratamento, pouco menos da metade (46,5%) dos residentes concluiu o programa de tratamento, ao passo que a maioria (53,5%) não o concluiu pelas razões indicadas na tabela seguinte e pouco mais que isso (49,8%) abandonou ou foram expulsos do programa.

Tabela 11: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por resposta ao programa de tratamento, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Resposta ao programa de tratamento	N	%
Conclusão	100	46,5
Abandono	58	27
Expulsão	49	22,8
Fuga	7	3,3
Óbito	1	0,5
Total	215	100

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

Quanto ao género, menos de um quinto (17%) dos residentes do género feminino concluiu o programa de tratamento e quase 80% abandonaram ou foram expulsos do programa. Metade dos residentes de género masculino concluiu o programa de tratamento e pouco menos da metade abandonou ou foi expulsa do programa, como demonstra a tabela 12.

Tabela 12: Comparações das percentagens das respostas ao programa de tratamento dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por género, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Resposta ao programa de tratamento, por género	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Conclusão	96	50,3	4	16,7
Abandono	52	27,2	6	25
Expulsão	36	18,84	13	54,2
Fuga	6	3,14	1	4,1
Óbito	1	0,52	0	0
Total	191	100	24	100

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

No que se refere aos tratamentos anteriores, verificou-se que 50,7% dos pesquisados não tinham efectuado nenhum tratamento anterior e 49,3 % já o tinham realizado.

Em relação ao tempo de permanência, os participantes do estudo permaneceram em média entre 1 e 1187 dias, com uma média de permanência de 196,97 dias (desvio padrão de $\pm 141,8$ dias).

4.3. Análise inferencial

Os factores associados à não conclusão do programa de tratamento foram evidenciados pelo ajuste de um modelo de regressão logística, considerando a não conclusão do programa de tratamento como a variável dependente e as demais (contínuas) como explanatórias, a fim de verificar quais as que mais se associaram à não conclusão.

Outras variáveis de ajustes, como género, grupo etário, filhos, estado civil, profissão, ocupação e situação laboral, tipo de coabitação, nível de escolaridade, tratamentos anteriores, número de comorbidades, tipos de drogas e tempo de consumo da droga que levou a procurar o tratamento, foram incluídas no modelo.

4.3.1. Categorias de referência

Para o efeito da comparação entre as categorias das variáveis qualitativas, todas as modalidades das variáveis qualitativas foram tratadas como uma variável dicotómica (0,1) ou politómicas (com mais de duas categorias) em que uma delas será considerada como categoria de comparação ou de referência:

Grupo etário: a categoria de referência é 18 a 34 anos

Género: a categoria de referência é feminina

Estado civil: a categoria de comparação é solteira (o)

Filhos: a categoria de referência é sem filhos

Nível de escolaridade: a categoria de comparação é Sem escolaridade /Básico

Profissão: a categoria de comparação é sem profissão ou profissões elementares

Ocupação e situação laboral: a categoria de comparação é desempregada (o)

Tipo de coabitação: a categoria de referência é sozinha (o)

Tratamentos anteriores: a categoria de referência é não

Tipos de drogas que já usou: a categoria de referência é cocaína

Comorbidades: a categoria de referência é álcool e tabaco

Números de comorbidades: a categoria de referência é sem comorbidades.

4.4. Resultado de Análise de Regressão Logística Binária

Tabela 13: Análise da regressão logística binária para a não conclusão do programa de tratamento (n= 215).

Factores de predição	P-valor = Significância	Odd ratio = Exp (B)
Grupo etário		
18 A 34 (Referência)		1
35 A 48	0,130	1,765
Gênero		
Feminino (Referência)		1
Masculino	0,003	6,218
Estado civil		
Solteiro (Referência)	0,239	1
Casado ou união de facto	0,195	0,196
Divorciado ou separado	0,712	0,572
Filhos		
Sem filhos (Referência)		1
Com filhos	0,466	1,272
Habilitações Literárias		
Sem escolaridade /Básico (Referência)		1
Ensino Técnico/Secundário ou mais	0,672	1,154
Profissão		
Sem profissão ou profissões elementares (Referência)		1
Profissão técnica ou superior	0,575	1,235
Ocupação e situação laboral		
Desempregado (Referência)		1
Empregado	0,893	0,950
Tipo de coabitação		
Sozinho (Referência)	0,744	1
Cônjuge/companheiro	0,513	0,730
Pai/mãe/ambos	0,374	0,578
Outros	0,391	0,729
Tratamentos anteriores		
Não (Referência)		1
Sim	0,120	0,615
Tipos de drogas que já usou		
Cocaína (Referência)	0,212	1
Canabinóides	0,279	0,552
Múltiplas drogas e outras substâncias	0,152	0,165
Comorbidades		
Álcool e tabaco (Referência)	0,630	1
Comorbidades Clínicas	0,456	0,612
Transtornos mentais e comportamentais	0,344	0,545
Número de Comorbidades		
Sem comorbidades (Referência)	0,090	1
Uma comorbidade	0,036	3,452
Duas comorbidades	0,217	2,041
Três ou mais comorbidades	0,552	1,453

Fonte: Elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

Análise: Os dados da tabela 13 mostram a associação ou não entre a não conclusão do programa de tratamento e algumas variáveis selecionadas. Este teste é feito através do modelo da regressão logística para variáveis qualitativas.

Quando todas estas variáveis são postas no mesmo modelo, poucas delas conseguem ter efeito líquido estatisticamente significativos. O que leva a averiguar algum efeito concorrencial das variáveis embora não tenha havido uma correlação clara entre as diferentes variáveis explicativas seleccionadas. Mas, dada alguma complexidade do fenómeno “resposta ao programa de tratamento dos dependentes de substâncias psicoactivas ” fica um pouco difícil distinguir o efeito líquido individual de cada uma das variáveis em estudo. De qualquer forma, verifica-se que na CTGSF, quando controlados para possíveis variáveis confundidoras, o género e o número de comorbidades continuam a ter um efeito significativo sobre a não conclusão do programa de tratamento.

A questão que se apresentou foi: será que a não conclusão do programa de tratamento depende ou não do género dos dependentes de substâncias psicoactivas? Os homens pesquisados concluem, geralmente, mais que as mulheres?

Verifica-se que nesta população, quando a análise foi controlada por outras variáveis, o *género* continuou a ter um efeito significativo e forte sobre a não conclusão do programa de tratamento, pois o valor de p foi igual a 0,003. Isso significa que o risco de não concluir o programam de tratamento para uma pessoa do género masculino, quando comparado ao de um indivíduo de género feminino, fica aumentado em 94%.

Contudo, apesar de o número de mulheres nesta amostra, ser menor que o de homens, a não conclusão do programa de tratamento em mulheres também é preocupante já que 83% dessas não concluíram o programa e tratamento, na sua maioria (54,2%) por expulsão.

Os resultados referentes ao *número de comorbidades* apontam que um valor de p igual a 0,036, indicando que há uma associação entre as variáveis. O número de comorbidades é inversamente proporcional a não conclusão do programa de tratamento. Ou seja, à medida que aumenta o número de comorbidades, o risco de não concluir o programa de tratamento diminui.

Não houve associação estatística significativa entre nenhuma das demais variáveis investigadas e não completar o programa de tratamento.

Capítulo V: Discussão

Este é o primeiro estudo Cabo-verdiano que investiga a resposta ao programa de tratamento dos dependentes de substâncias psicoativas num programa específico para dependência química.

De forma sucinta, os resultados aqui encontrados não demonstraram muita discrepância relativamente aos estudos anteriores. Contudo, este estudo traz à evidência qualidade ou ausência dela nos prontuários, ou seja, menos de um quarto deles informa sobre padrão de uso, praticamente não há informações sobre o uso do tabaco e de álcool, apesar de representarem a primeira e a segunda comorbidades, respectivamente.

Neste sentido, ao observar a quantidade e frequência de uso, foi possível verificar que 43,9% dos indivíduos consumiam de um a nove doses de drogas e 17,4% consumia de 10 e mais doses, e 35,6% consumiam diariamente enquanto 3% semanalmente, as restantes informações não constavam no processo clínico. Tal facto assemelha-se ao resultado de Laranjeira *et al.* (2007), pois constataram que na região sul do Brasil, o consumo de álcool era de cinco doses, sendo cinco para homens e quatro para mulheres, que é considerado o beber de maior risco, 29% bebe dessa forma e 48% abaixo de duas doses. Em contraposição, Portugal *et al.* (2010), no Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo, antes do início do seu tratamento, constataram que, a maioria dos sujeitos pesquisados (26,3%) consumia de 21 a 25 doses de álcool.

Por sua vez, a SENAD (2011), em parceria com outras instituições realizaram uma pesquisa sobre o Perfil dos usuários de *crack* e/ou similares no Brasil, tomando como referência as 26 capitais, o Distrito Federal, municípios selecionados das nove Regiões Metropolitanas Federais e uma amostra representativa de cidades de pequeno e médio porte, selecionadas a partir dos dois extremos, observaram que número médio de pedras usadas por usuário nas capitais foi de 11 e 16 por dia, nos municípios, e capitais, respectivamente.

Analisando a frequência do consumo de substâncias psicoativas, o resultado deste estudo revela alguma semelhança ao resultado encontrado por Negreiros (2002), que num estudo realizado com 176 consumidores problemáticos de drogas, sendo que 38 consumidores problemáticos eram de bairros Sociais, 57 num Centro de Apoio a Toxicodependentes, e 40 em meio prisional; 38 sujeitos encontravam-se, no momento das entrevistas, em tratamento em Comunidade Terapêutica, já que observou que cerca de 84,6% dos entrevistados consumiam a droga principal diariamente, e apenas 3% concordavam que o consumo era regular, ou seja, três vezes por semana, durante pelo menos um mês. O consumo diário, é também predominante em Monteiro *et al.* (2011), que num estudo de natureza quantitativa, realizado no município de Teresina, cujo objetivo era levantar o perfil sociodemográfico e a adesão ao tratamento de dependentes do álcool no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, através do levantamento de informações presentes nos prontuários dos 227 sujeitos constataram que, 55%, da amostra usava diariamente o álcool, seguido de 35,2% para mais de três vezes por semana e 8,8% para uma a duas vezes por semana e 0,8% consumia quinzenalmente.

Cabe destacar também a ausência nos processos clínicos de cerca de 76,75% das informações relativamente, a variável padrão de uso (quantidade e frequência de consumo das drogas). Uma possível hipótese para este facto, é que a maioria das fichas de encaminhamento é proveniente dos centros de saúde e delegacias de saúde, que é preenchida por médicos e psicólogos, que nem sempre estão bem preparados e capacitados tecnicamente para o fazer, apesar de também se reconhecer a dificuldade do paciente em identificar a sua quantidade e frequência de consumo de substâncias psicoativas. Contudo, quando as fichas de encaminhamento são preenchidas por um psiquiatra ou no serviço de psiquiatria, geralmente as informações relativamente a esta matéria nelas contidas são mais completas. Mesmo com o paciente em tratamento não há aquela preocupação de complementar as informações em falta no que concerne a este assunto, talvez por falta de formação nesta área, e não conseguem enxergar o quão é importante o registo dessa informação, que se supõe ser influente na resposta ao programa de tratamento dos residentes da CTGSF.

Este trabalho tem suas limitações por se apoiar somente em dados do prontuário, haja vista que muitas informações não foram registradas e, cerca de 76,75% das informações no que diz respeito a quantidade e frequência com que os indivíduos

usavam as drogas não constava dos processos clínicos o que dificultou o tratamento estatístico dessa variável. Portanto, urge a necessidade de melhorar as anotações feitas por profissionais dos serviços de saúde, e criar uma base de dados informatizados pela equipa gestora do centro uma vez que ajuda no planeamento do cuidado, permitir fazer estudos mais abrangentes e influencia a resposta ao programa de tratamento dos residentes.

A percentagem de comorbidades identificadas ultrapassa 200% porque a maioria dos residentes (69,7%) apresentavam mais de uma delas. Praticamente não há informações sobre o uso de álcool e do tabaco, apesar de representarem a primeira e a segunda comorbidade, já que a categoria mais representada foi a de transtorno por consumo de tabaco (74,4%), seguida de transtorno por uso de álcool (50,2%), e a menos, as doenças do aparelho respiratório (1,9%). Os transtornos mentais e comportamentais foram identificados em 7,9% dos residentes. Essa tendência já tinha sido comprovada no trabalho de Diez *et al.* (2000) numa pesquisa longitudinal com uma amostra de 231 sujeitos dependentes de heroína, cocaína, tabaco, álcool, anfetaminas, psicofármacos e hipnóticos, realizada em Unidade de Desabilitação Residencial “*Balsa Blanca*” constataram que, de entre todas as outras drogas consumidas, o tabaco em (96,1%) dos casos é o tipo de substância psicoactiva mais usada, consequentemente a maior frequência de comorbidades encontrada. Portugal *et al.* (2010) numa pesquisa descritiva, de carácter retrospectivo cujo objetivo era descrever o perfil de pacientes atendidos no Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo, portadores de comorbidades, observaram que (63,7%) dos indivíduos apresentavam transtornos psiquiátricos, sendo que a maioria indiscutível era representado pelo tabagismo (58,1%) dos casos.

Segundo a EMCDDA (2004) o consumo problemático de drogas e perturbações psiquiátricas constituem uma combinação frequente já que cerca de 80% dos pacientes aos quais é diagnosticado dependência de substância psicoactivas apresentam igualmente perturbações psiquiátricas co-mórbidas. Por sua vez, Scheffer e Pasa (2010) numa pesquisa de carácter transversal quantitativo com 32 indivíduos, aplicando um *Mini International Neuropsychiatric Interview*, aferiram alta prevalência de transtornos

psiquiátricos em dois grupos de dependentes químicos, cocaína/*crack* e álcool/cocaína/*crack*.

Neste sentido, faz-se necessário ressaltar que o resultado deste estudo indica uma baixíssima taxa de transtornos mentais e comportamentais, identificados em 7,9% dos residentes. Uma possível hipótese para estes resultados é que, Cabo Verde é um arquipélago de 10 ilhas, sendo nove habitadas separadas pelas águas do mar, com cerca de 500 mil habitantes e conta com apenas quatro (4) Psiquiatra em actividade (1 Psiquiatra/±125.000 habitantes), sendo distribuídos apenas em duas ilhas de maior densidade populacional, por conseguinte a maioria dos dependentes químicos que fazem tratamento em CTGSF não é avaliado por um especialista nessa área. Além disso, o centro conta com apoio de um Médico de Clínica Geral que duas vezes por semana desloca à Comunidade Terapêutica para consultas, responsável pela identificação de boa parte das comorbidades, sendo que nos casos considerados mais críticos, é solicitado uma interconsulta com o serviço de psiquiatria.

Carlini *et al.* (2007) refere que dentre as substâncias lícitas, o álcool é a mais utilizada, seguida do tabaco. Contudo, este estudo revelou percentagens de álcool baixa comparativamente ao tabaco. Tal facto aparenta estar relacionado, com ausência de registos de dados, até porque é atribuída mais importância às substâncias psicoactivas ilícitas do que as drogas lícitas, talvez devido ao facto de que as pessoas ainda não conscientizaram das consequências do uso abusivo do álcool, ainda mais quando se trata de centro de recuperação que não admite dependentes do álcool para tratamento. Cabe também salientar que as percentagens superiores de tabaco encontrada neste estudo entre dependentes de substâncias psicoativas ilícitas, podem ter uma razão de ser, já que a maioria desses dependentes químicos necessitam do tabaco para consumir as drogas, particularmente as múltiplas drogas, *crack*, de entre outras drogas.

Não foi identificada nenhuma comorbidade em 5,6% dos residentes e, em cerca de 30% deles foram identificadas duas ou mais comorbidades, sendo que em quase 2% deles foram anotadas seis ou mais comorbidades. Este resultado está em conformidade com as afirmações de Uchtenhagen e Zeiglgänsberger (2000), citados por EMCDDA (2004), que estimam que entre os consumidores de drogas, cerca de 10% a 50% dos pacientes apresentam comorbilidade de mais do que uma perturbação de personalidade ou psiquiátrica. Na mesma linha de resultados, Armstrong e Costello (2002), citados por

Ribeiro e Laranjeira (2010) numa revisão com estudos comunitários respeitante a comorbidade psiquiátrica realizada com jovens usuários de álcool e outras drogas mostraram que 60% dos sujeitos apresentavam uma comorbidade, sendo o transtorno de conduta e o transtorno desafiador opositor os mais comuns, seguidos pelo transtorno depressivo.

No mesmo sentido, Flynn e Brown (2008) relatam que a maioria dos usuários de substâncias psicoactivas dentro do ambiente de tratamento possui ao menos um transtorno mental. Silva *et al.* (2009) numa pesquisa com 31 sujeitos diagnosticados como dependentes de álcool ou cocaína/*crack* em regime de internamento no Centro especializado de Dependência Química, da Unidade do Hospital Parque Belém, localizado em Porto Alegre, RS, através da aplicação do *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I)*, verificaram que 83,9% dos participantes deste estudo apresentaram ao menos um outro transtorno mental. Destes, 61,3% foram diagnosticados com dois ou mais transtornos mentais, apontando para a presença de comorbidades múltiplas em expressiva parcela da amostra estudada. No grupo de indivíduos alcoólicos, somente 18,8% não apresentaram comorbidades psiquiátricas, enquanto no grupo de dependentes de cocaína/*crack*, em somente 13,3% não foi diagnosticado nenhum outro transtorno psiquiátrico.

O ideal seria ter um psiquiatra no centro de tratamento e, sensivelmente desde os meados de 2012 que CTGSF já não dispõe de ajuda do médico de clínica geral. Assim, há que considerar a possibilidade de, ainda durante o primeiro trimestre de tratamento, todos os residentes tirem ao menos uma consulta com um psiquiatra que era de extrema importância, pois ajudava no diagnóstico e tratamento das comorbidades psiquiátricas e, por conseguinte melhorava a resposta ao programa de tratamento.

Constata-se que em diversos estudos aplicaram-se o *Addiction Severity Index* (Escala da Gravidade da Dependência), então seria pertinente aplicar este método mundialmente reconhecido já que as características dessa população assim o permitem

À análise da regressão logística foi verificada uma associação significativa entre o *género* e a não conclusão do programa de tratamento, evidenciando maior probabilidade de abandono entre os indivíduos do género masculino em relação aos de género feminino. Goñi *et al.* (2008) numa pesquisa de uma amostra de 61 pacientes

dependentes de heroína, cocaína, *speed ball*, álcool e *cannabis* do *Proyecto Hombre* de Navarra, Espanha, comprovaram que as percentagens de abandono tanto no tratamento ambulatorial como no residencial era na sua maioria homens.

Negrete *et al.*, num estudo retrospectivo, elaborado com dados recuperados de expedientes e de bases de dados do Sistema de Informação Epidemiológica do Consumo de Drogas de Centros de Integração Juvenil, Enseñanza, México a partir de selecção de uma amostra inicial de 1922 usuários de drogas ilícitas encontraram que, comparadas com os homens, uma percentagem significativamente maior do género feminino concluíram o tratamento (Negrete *et al.*, 2010). Desta forma, percebe-se que os indivíduos do género masculino são os que mais não concluem o programa de tratamento.

Tal facto contrapõe-se a uma investigação realizado por Mangado (2009), que num estudo observacional retrospectivo de tratamento em grupo, com uma amostra de 1432 dependentes de álcool, cocaína e heroína, avaliou o papel do género na retenção no tratamento numa Unidade de Toxicoddependência, Madrid, Espanha e encontrou diferenças relevantes na evolução de tratamento segundo o género: os homens tiveram melhor prognóstico que as mulheres. Apesar dessas controvérsias, Sirvent *et al.* (2010) mostraram-se indiferente perante face a questão do género respeitante à conclusão ou não do programam de tratamento, já que num estudo retrospectivo de dois anos, pesquisando os motivos da alta em dispositivos assistenciais de *Fundación Instituto Spiral*, Oviedo Espanha numa amostra de 231 sujeitos dependentes de cocaína, opiáceos, haxixe, álcool, psicofármacos e múltiplas drogas, não encontraram diferenças significativas entre abandono e género e idade, sugerindo que o género, por si só, são factores de risco para não conclusão de tratamento.

Por conta desses resultados, a literatura científica não é unânime relativamente a questão do género no desfecho do programa de tratamento dos usuários e dependentes de substâncias psicoactivas, embora reconhece uma predominância dos indivíduos do género masculino nos centros de tratamento.

O segundo e último achado deste estudo diz respeito associação significativa entre o *número de comorbidades* e a não conclusão do programa de tratamento, demonstrando maior chance de não concluir o programa de tratamento entre os

indivíduos com uma comorbidade apresentada em comparação com aqueles que não apresentam patologia associada à doença de base em estudo. Essa tendência já tinha sido percebida nas afirmações de Brown *et al.* (1998), que declararam que os pacientes portadores de comorbidades estão mais expostos ao insucesso ou abandono de tratamento do que aqueles que não apresentam nenhuma patologia associada. Na mesma perspectiva Oliveira *et al.* (2010) em estudo pré-experimental, realizado em Rio Grande do Sul, Brasil, numa amostra de 103 adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas (*cannabis*) verificaram que os adolescentes que possuíam o diagnóstico de transtorno de conduta apresentaram maior tendência a desistir do tratamento. Montalvo *et al.* (2004), que desenvolveram um estudo *ex post facto*, de carácter prospectivo num universo de 125 pacientes seleccionaram uma amostra de 42 pacientes, e concluíram que a presença de elevadas taxas de perturbações de personalidade se associa com uma maior e mais precoce probabilidade de abandono do tratamento.

Cabe destacar também neste estudo, a ausência de diferenças significativas entre as variáveis *grupo etário* e *tratamento anterior* e não conclusão do programa de tratamento, que em alguns estudos ocorreram associação significativa entre essas variáveis e não conclusão do programa de tratamento.

O *grupo etário* é uma variável importante que não se associou significativamente com a não conclusão do programa de tratamento que, no entanto merece ser destacado, pois outros estudos têm demonstrado que ela se associou significativamente a não conclusão do programa de tratamento. Por exemplo, Almeida (2013) a partir de uma pesquisa descritivo-exploratória de abordagem quantitativa, de carácter retrospectivo, realizado com uma amostra de 706 indivíduos usuários de álcool, tabaco, *crack*, *cannabis*, cocaína, inalantes e medicamento demonstrou que o factor idade esteve associado ao abandono de tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, no Município João Pessoa Brasil. Os achados de Goñi *et al.* (2008) aparentam para uma possível relação entre a não conclusão de programa de tratamento e a idade dos sujeitos, pois numa amostra de 61 pacientes, maioritariamente solteiros (77%) de Comunidade Terapêutica *Proyecto Hombre* de Navarra nos seus estudos constaram que indivíduos mais jovens apresentam uma maior probabilidade de abandonar o tratamento. Este resultado é semelhante com os estudos de Diez *et al.*

(2000), que num estudo longitudinal com 231 sujeitos observaram que sujeitos com menor idade têm um maior índice de alta por abandono.

Em contraposição, David *et al.* (1997) numa amostra de 74 heroíno-dependentes admitidos sucessivamente num programa terapêutico denominado Tratamento Combinado por Etapas no Centro de Atendimento de Toxicodependentes, Lisboa verificaram que a idade foi preditor significativo do tempo total de permanência no programa: quanto maior a idade do indivíduo, menor era o tempo de permanência no programa de tratamento.

Neste estudo, não ocorreu associação significativa entre o *tratamento anterior* e não conclusão do programa de tratamento. Todavia, NIDA (2011) refere que 60% dos dependentes de substâncias psicoativas estudados já tinham passado por algum tipo de tratamento e sem sucesso. Perrone (2012), num estudo em duas CTs no interior do Estado de São Paulo, Brasil, com sujeitos dependentes de álcool e com dependência cruzada constatou que numa destas, 58% dos residentes que abandonaram o tratamento já haviam estado internados anteriormente apenas em CT. Tal facto contrapõe-se a uma pesquisa realizada por Goñi (2005), que num estudo *ex-post facto*, de carácter prospectivo, com uma amostra de 618 indivíduos dependentes de álcool, haxixe, anfetaminas, barbitúricos, heroína, cocaína, *speed ball*, alucinógenos, *crack* e outras substâncias psicoativas realizada em Comunidade Terapêutica de *Proyecto Hombre de Navarra*, Espanha constatou que não houve diferença nas taxas de conclusão e de abandono de tratamento nos indivíduos com histórias de internamentos prévios.

Os resultados obtidos em análises das características sociodemográficas coincidem com os achados por outros autores nos seus diferentes estudos. Por exemplo, mostra maior número de *género masculino* no centro de tratamento, o que corrobora com vários estudos que evidenciaram questão do género na procura de tratamento, ou seja, há uma supremacia dos homens nos centros de tratamento comparativamente as mulheres (David *et al.*, 1997; Diez *et al.*, 2000; Montalvo *et al.*, 2004; Ravndal *et al.*, 2005; Faria & Schneider, 2009; Mangado, 2009; Figlie *et al.*, 2010; Batista *et al.*, 2012; Castro *et al.*, 2012). Uma possível explicação para este facto, de acordo com Peixoto *et al.* (2010), as mulheres conseguem disfarçar a dependência por mais tempo e que, em virtude da forma como a sociedade vê a mulher alcoólatra, há preocupação acrescida relativamente à autoimagem ao expor-se a um tratamento, no qual terá que se encarar

com outras pessoas. Segundo Rossetti e Santos (2006) as mulheres sentem vergonha da doença, consequentemente afastam do tratamento, por outro lado Figlie *et al.* (2010) sustentam que as mulheres demoram a procurar ajuda devido ao preconceito.

Para além disso, Faria e Schneider (2009) percebem que os indivíduos do género masculino são mais amplamente atingidos pelo problema da dependência de drogas.

Através dos resultados obtidos verifica-se que 57% dos residentes tinham filhos.

Corroborando estes dados, pesquisa revelada pelo Capistrano *et al.* (2013), mostraram que a presença de filhos foi predominante em 66,2% dos casos.

Contrariamente Diez *et al.* (2000) constataram que 74,5%, dos dependentes químicos da Unidade de Desabilitação Residencial “*Balsa Blanca*” não tinha filhos. Muchata e Martins (2010) compreendem que a dependência de substâncias psicoactivas interfere na capacidade de ser mãe ou ser pai, sendo que a problemática de comportamento dependente de substâncias psicoactivas, evidenciam que os pais centram-se menos nas crianças e mais em si próprios, apresentam complicação no controlo das emoções, são poucos sensíveis, responsáveis e afetuosa, são mais negligentes com as necessidades físicas dos seus filhos e, frequentemente, geram-se condições nas quais a criança fica separada de um dos pais ou de ambos.

O que eventualmente poderá estar na base desses resultados, Schenker e Minayo (2003) explicam que comumente os usuários não mantêm uma família ou nunca formaram uma e quando compõem, têm dificuldade em sustentar a composição familiar.

Dessa forma, em vez de eles relacionar-se com pessoas, acabam por se relacionar com a substância de consumo exagerado.

Relativamente a idade dos sujeitos, ela variou de 18 a 48 anos, numa média de 30,25 anos. Se por um lado, estes dados aproxima-se dos resultados revelados pelos investigadores SENAD (2005), Batista *et al.* (2012), que constataram que há alguma predominância dos dependentes químicos na faixa etária dos 21 a 40 anos. Por outro lado, estes achados estão em conformidade com dados evidenciados pelos pesquisadores Montalvo *et al.* (2004), Guimarães *et al.* (2008), Capistrano *et al.* (2013),

que nos seus estudos podem constatar que a média de idade entre os dependentes em tratamento é de 30 anos, oscilando entre 18 e 49 anos. Este facto pode ser explicado através de Diez *et al.* (2000), Filho *et al.* e Cavalcante *et al.* (2008) que afirmam que primeiro contacto com as substâncias psicoactivas possa ocorrer em qualquer idade, não obstante a frequente mais elevada ocorre na adolescência.

Nesta pesquisa verificou-se que, 60,9% possuíam o ensino secundário, 30,7%, o ensino básico, 4,2%, o ensino técnico e 3,3%, o ensino superior. Pouco menos de 1% (0,9%) não tinha nenhuma escolaridade, o que demonstra uma fraca escolaridade entre os residentes da CTGSF. David *et al.* (1997), Martins *et al.* (2008), Seabra *et al.* (2010), Batista *et al.* (2010), e Capristano *et al.* (2013), confirmam existir, de facto uma hegemonia de baixa escolaridade, uma realidade alarmante entre os dependentes químicos, e está relacionado ao desenvolvimento da dependência química. Ferreira *et al.* (2003) explicam que o consumo de substâncias psicoactivas lesa o desempenho de qualquer actividade, sendo que o dependente de substâncias psicoactivas apresenta menor capacidade de julgamento e compreensão.

Foi observado que em Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, que 76,7 % dos residentes se encontravam desempregados, ao passo que 23,3 % empregados. David *et al.* (1997), Guimarães *et al.* (2008), Seabra *et al.* (2010), Castro *et al.* (2012) Capistrano *et al.* (2013) argumentam que entre os dependentes de substâncias psicoactivas, apresentam uma taxa de desemprego considerável. Com base em Souza *et al.* (2006), a deterioração gradual do usuário nos aspectos biopsicossocial na dependência química, geram dificuldades e o preconceito com que encaram relativamente a oportunidades para o trabalho ou a permanência nesse.

No que respeita ao estado civil foi observado que a maioria dos indivíduos pesquisados é solteira (94 % da amostra). Diez *et al.* (2000) encontraram uma prevalência também elevada, 77% de indivíduos solteiros dependentes de substâncias psicoactivas. Estes resultados vão de encontro aos achados do estudo realizado por Goñi *et al.* (2008), que revelaram que a prevalência de indivíduos solteiros dependente químico é de 79,2%. Desta forma, Batista *et al.* (2012) especificam que a tendência do consumo de drogas por esses indivíduos é aumentar, tendo em conta que se verificou um acréscimo de 14,35% no período 2000 a 2009 entre os usuários solteiros.

Atendendo ao tipo de coabitação, cerca de um terço dos participantes (33,5%) vivia com ao menos um dos pais, 29,3% viviam com outros parentes, 13,9% viviam com pessoas sem relação de parentesco, 12,6% viviam sozinhos e 10,7% coabitavam com cônjuge/companheiro. Neste sentido, David *et al.* (1997) num estudo sobre Tratamento Combinado por Etapas, constataram que 87% dos heroíno-dependentes vivem com os pais. Seabra *et al.* (2010) constataram que 51% dos indivíduos que participaram no seu programa de redução de danos, coabitavam com os pais. Apesar dessas percentagens consideráveis de indivíduos que coabitam com os pais, Horta e Pinheiro (2006) tenta explicar que a convivência entre pais e filhos pode constituir um factor protector no uso de substâncias psicoactivas, uma vez que pais que não consomem de forma não abusiva colaboram do mesmo modo para que os filhos não o façam.

Analisando a profissão, constatou-se que a categoria mais representada foi a de Profissões Elementares (38,1%) seguida de Profissões Qualificadas da Indústria, Construção e de Artífices (24,7%), Pessoal de Serviços, Segurança e Vendedores (13,5%) e de Especialistas das Actividades Intelectuais e Científicas (7%). Os resultados de encontrados por Lito *et al.* (2005), demonstram que os indivíduos toxicodependentes encontram-se sobretudo nas categorias profissionais dos Operários, Condutores e Similares (35%), dos Empregados de Serviços e Vendedores (23%), dos Trabalhadores não Qualificados (16%) e das Profissões Intelectuais e Científicas (3%). Peixoto *et al.* 2010; Monteiro *et al.* (2011) sustentam que esta baixa escolaridade entre os dependentes de substâncias psicoactivas está relacionado ao desenvolvimento da dependência química que se torna inquietante à medida que o baixo nível de habilitações literárias origina uma baixa qualificação profissional.

Ao observar os tratamentos anteriores, constatou-se que 50,7% dos pesquisados não tinha efectuado nenhum tratamento anterior e 49,3 % já o tinha realizado. Os dados do NIDA (2011) apontam que cerca de 60% dos dependentes químicos pesquisados já tinham alguma experiência prévia de tratamento, sem resultados positivos, ou seja, apenas 40% dos indivíduos não tinha realizado, pelo menos um tratamento, percentagem inferior à encontrada nesta pesquisa.

Surjan *et al.* (2000) numa pesquisa realizada em clínica de recuperação na cidade de São Paulo, com pacientes dependentes de álcool e outras drogas cerca de 48% deles já tinham efectuado pelo menos um tratamento anterior, quer isto dizer, que 52% dos sujeitos

estudados, não tinha passado por uma experiência anterior de tratamento, portanto esses resultados coincidem com os achados deste estudo.

Resultados semelhantes foram obtidos por Velho (2010), é semelhante a este estudo, pois verificou que dos usuários que buscaram o tratamento, 54,8%, nem se quer tinha realizado um tratamento anterior. Contrariamente, percentagens mais elevadas dos dependentes da heroína que tinha realizado nenhum tratamento num centro de tratamento (68%), foram alcançados pelo David *et al.* (1997) numa amostra de 74 heroinodependentes admitidos sucessivamente num programa terapêutico denominado Tratamento Combinado por Etapas (TCE), num Centro de Atendimento de Toxicodependentes de Lisboa.

Em relação ao tempo de permanência, em média os participantes do estudo permaneceram entre 1 e 1187 dias, com uma média de permanência de 196,97 dias (5,7 meses), e, tendo um desvio padrão de $\pm 141,8$ dias ($\pm 4,7$ meses). Tal facto assemelha-se a um estudo realizado por Monteiro *et al.* (2011) na sua pesquisa de carácter quantitativo, realizado no município de Teresina, cujo objetivo era levantar o perfil sociodemográfico e a adesão ao tratamento de dependentes do álcool no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, através do levantamento de informações presentes nos prontuários dos 227 sujeitos conferiram que na faixa etária entre 15 e 18 anos, a média de permanência encontrada foi de 5,5 meses cujo desvio padrão era de $\pm 4,3$; para a faixa compreendida entre 19 e 59 anos de idade, foi de 6,3 meses num desvio padrão de $\pm 5,1$ meses.

Resultado idêntico encontrado por Diez *et al.* (2000) num estudo longitudinal com uma amostra com 231 sujeitos dependentes de heroína, cocaína, tabaco, álcool, anfetaminas, psicofármacos e hipnóticos, realizadas em Unidade de Desabilitação Residencial “Balsa Blanca” verificaram que o tempo médio de permanência em programa de tratamento era de 4,8 meses. Em contraposição a estes resultados, Seabra *et al.* (2010) numa pesquisa com 241 indivíduos, maioritariamente constituído por homens (204) que entraram num programa de redução de riscos e minimização de danos através de um programa de metadona em Torres Vedras, Portugal observaram que, o tempo médio de permanência em programa era de 2,3 meses.

Perante o supracitado, uma possível hipótese para estes resultados é que, tanto a idade dos indivíduos como a sua escolaridade podem influir na sua permanência, pois segundo David *et al.* (1997) quanto maior a idade do indivíduo, menor é o tempo de permanência no programa de tratamento, e quanto menor a escolaridade do sujeito, menor será o tempo de permanência esperado no tratamento.

Relativamente à idade de início de uso de drogas, salienta-se que não houve registo de uso de álcool nem de tabaco nos prontuários de nenhum sujeito. Contudo, relativamente às outras substâncias psicoactivas verificou-se que a idade mínima de início de uso de drogas variou entre nove e 15 anos, sendo que a idade máxima de início oscilou dos 26 aos 38 anos. A média de idade de início de uso de drogas oscilou entre 16,18 anos para canabinóides, e 21,59 anos para cocaína. Esses resultados assemelham aos de Negreiros (2002), que num estudo realizado com 176 consumidores problemáticos de drogas cerca de 14% dos entrevistados, começaram a consumir a droga de início entre os oito e os 12 anos de idade, sendo que essa média de idade foi de 15,7 anos, ligeiramente inferior a média da idade de iniciação da droga de abuso principal que se situou a volta dos 19 anos. Essa tendência já tinha sido evidenciada tanto nos trabalhos de Pereira *et al.* (2008), como nos estudos de Batista *et al.* (2012), ao constatarem que cada vez mais o consumo de substâncias psicoactivas ocorre mais prematuramente, sendo a idade de consumo inicial das substâncias psicoactivas a volta dos 10 anos. Perante o supracitado Diez *et al.* (2000), Montalvo *et al.* (2004), Almeida *et al.* (2007) e Cavalcante *et al.* (2008) confirmam que, efectivamente o primeiro contacto com as substâncias psicoactivas possa ocorrer em qualquer idade, apesar de ser mais frequente na adolescência. Todavia, Portugal *et al.* (2010) num estudo descritivo, de carácter retrospectivo cujo objectivo era descrever o perfil de pacientes atendidos no Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo, verificou que os sujeitos pesquisados iniciaram o seu consumo aos quatro anos de idade.

No que respeita à primeira droga consumida, ressalta-se que em nenhum caso a primeira substância psicoactiva usada foi álcool, tabaco, opiáceo, solvente volátil, alucinógeno ou outros, sendo que os resultados assinalam que a primeira droga usada foi canabinóides em 86,5% dos casos, seguida da cocaína em 8,8% dos casos, e que

apenas 0,5% usou sedativos e hipnóticos, na primeira vez. Efectivamente, nos estudos de David *et al.* (1997) verificou-se que a cannabinoídes a droga de início de consumo.

Posição idêntica é defendida tanto por Sanchez e Nappo (2002) como pelos pesquisadores Mombelli *et al.* (2010) ao afirmarem que, habitualmente *cannabis* é a primeira droga ilícita, sendo que a progressão do uso é fortemente influenciado pela idade. Negreiros (2002) num estudo realizado com 176 consumidores problemáticos de drogas, sendo que 38 consumidores problemáticos era de bairros Sociais, 57 num Centro de Apoio a Toxicodependentes, e 40 em meio prisional; 38 sujeitos encontravam-se, no momento das entrevistas, em tratamento em Comunidade Terapêutica do Meilão e Comunidades Terapêuticas da Dianova-casa Azul e casa Grande, verificou que Cerca de 86.7% dos indivíduos entrevistados iniciaram o seu consumo através da *cannabis*, e 9% dos sujeitos começaram pela heroína, tendo 91% dos sujeitos a referir heroína como droga de abuso principal, contra os 8% da cocaína.

Atendendo ao tipo de drogas consumida observou-se que 98,1% dos participantes consumiram cocaína, 91,2% usaram canabinóides, 89,3% consumiram múltiplas drogas e nenhuma outra droga foi usada por mais de 3,3% dos indivíduos. Na mesma linha de resultados, Mombelli *et al.* (2010), no estudo transversal retrospectivo realizado na Unidade de Psiquiatria de um hospital geral, localizado na cidade de Cascavel, constataram que as drogas consumidas com maior frequência nos adolescentes internados para desintoxicação foram o *crack* (87,6%) e a *cannabis* (85,2%), sendo que, 79% dos adolescentes usam tais drogas de forma concomitante.

Silveira (2001) provou numa pesquisa retrospectiva em Curitiba, que analisou 682 prontuários dos adolescentes na faixa etária dos 10-20 anos internados por dependência química registou que o *crack* era a segunda substância mais consumida (49%) a frente do álcool (39%) e da cocaína aspirada (29%), unicamente atrás da *cannabis*. Negreiros (2002) num estudo realizado com 176 consumidores problemáticos de drogas verificou que as principais drogas utilizadas pelos entrevistados eram a heroína (30,5), cocaína/ heroína 48.8% dos indivíduos, consumos cumulativos de heroína, cocaína e haxixe (8%). As outras drogas, como as anfetaminas ou o *ecstasy*, eram consumidas por um número muito reduzido de sujeitos

As múltiplas drogas mais encontradas foram canabinóides/cocaína em 72,6% dos residentes, seguidas de opiáceos/canabinóides/cocaína com 6,5% e de canabinóides/cocaína/outras estimulantes, representando 1,8%. Nenhuma outra categoria múltiplas drogas esteve representada por mais de 1,3% dos residentes. Actualmente a questão de consumo de múltiplas substâncias é muito frequente não só pelo seu uso em si, mas também pelos estudos que são realizados nesta matéria. Neste sentido, Oliveira (2010) num estudo brasileiro que avaliou 183 dependentes de substâncias psicoactivas que buscaram o tratamento afirmou que 45,3% dos entrevistados utilizavam três ou mais drogas. Oliveira e Nappo (2008b) especificam que as drogas mais vulgarmente associadas foram: álcool, *cannabis* e de cocaína. Por sua vez, Seabra *et al.* (2010) evidenciaram que cocaína, heroína e *cannabis* eram consumidos por 49,3 % dos indivíduos.

Griffiths *et al.* (2011) na avaliação de 70.000 adolescentes entre 15 e 16 anos em 22 países europeus, encontrou-se 30% dos sujeitos que tinham consumido pelo menos dois tipos de drogas psicotrópicas no mês anterior à avaliação, sendo a combinação mais frequente álcool e tabaco, seguida de *cannabis* com álcool e/ou tabaco, e, em baixa frequência, *cannabis* com álcool ou tabaco mais *ecstasy*, cocaína, anfetaminas, LSD ou heroína.

Uma possível tentativa de explicação deste tipo de consumo, Leri *et al.* (2003), referem que, possivelmente os usuários experimentam uma sensação subjectiva de maior prazer com a mistura, qualitativamente distinto dos efeitos individuais destas drogas. Por seu turno, Sanchez e Nappo (2002) esclarecem que entre os usuários de *crack*, a prevalência do uso de *cannabis* está à volta dos 60%, tanto na sua forma sequencial, como no consumo misturado em um mesmo cigarro designado “mesclado”, consumido com o objetivo de diminuir a fissura e demais efeitos ansiogênicos do *crack*.

Em relação ao tempo de consumo, observou-se que o tempo mínimo variou de um a sete anos, com o tempo máximo, oscilando entre 23 a 33 anos. A média total de tempo de consumo foi de 10,8 anos, que variou de 14,16 anos para canabinóides, 12,22 anos para opióides, 10,9 anos para sedativos e hipnóticos, 10,86 anos tanto para alucinógenos como para solventes voláteis, 8,94 anos para as múltiplas drogas, e 8,73 anos para cocaína. Essa tendência de tempo mínimo já havia sido evidenciada no trabalho de Baptista *et al.* (2008), que estudaram 117 utentes da população de Viseu que

recorreu a equipa de tratamento, pela primeira vez durante o ano de 2006. Assim, constataram que, uma importante oscilação tempo de consumo, já que a maioria se situava nos 11 a 15 anos com 35%; prosseguindo os seis a 10 anos e 21 a 25 anos representando 19 %, respectivamente e os 16 a 20 anos com 16 %. Os que consomem a mais de 26 anos com 7% e os de um a cinco anos com apenas 4%. O tempo total de consumo também se verifica na pesquisa de Montalvo *et al.* (2004), que desenvolveram em Comunidade Terapêutica da Fundacion Proyeto Hombre de Navarra, Espanha um estudo *ex post facto*, de carácter prospectivo num universo de 125 pacientes verificaram que a média total de consumo foi de 11,1 anos, distribuídos da seguinte forma: heroína 10,65 anos, cocaína 11,5 anos, álcool 14,6 anos, anfetaminas 10,25 anos, e benzodiazepinas não ultrapassou dois anos de consumo. Em Diez *et al.* (2000), numa pesquisa longitudinal com uma amostra com 231 sujeitos pode-se constatar que o tempo de consumo de 1 a 5 anos corresponde a 39,8 % dos casos, de 6 a 10 anos 30,8 % dos casos, 11 a 15 anos 23,8% dos casos, e 16 a 20 anos em 5,6 % dos casos, tempo inferior a este estudo, tal como Peixo *et al.* (2010) analisaram 316 prontuários de pacientes do CAPSad de Campo Grande (MS), com isso, puderam observar que os grupos de pacientes que aderiram ao tratamento apresentaram maior tempo de uso de drogas, 20,0 anos contra 15,7 anos do grupo que não aderiram ao tratamento.

O que poderá estar na base dessas diferenças de tempo de consumo, com base em Carlson *et al.* (2010), os usuários de *crack* são os que menos procuram ajuda entre os usuários de drogas ilícitas, todavia existem factores que predispõe a demanda por tratamento, nomeadamente aumento da severidade da dependência, problemas legais e presença de tratamentos anteriores. Uma hipótese mais provável da variação do tempo de consumo pode estar relacionada com a data da criação da CTGSF, que foi inaugurada no dia seis de Julho de 2005 e recebeu seus primeiros residentes em 27 de Outubro de 2005. Sendo assim, os indivíduos passaram a beneficiar de um tratamento especializado, único no país, por ventura a primeira Comunidade Terapêutica da África Ocidental.

Analisando a droga que motivou a busca do tratamento, 79,5% foram impulsionados pela cocaína, 16,3% pelas múltiplas drogas, 2,3% pelos canabinóides; menos de 2% (1,9%) procuraram o tratamento pela dependência de opióides. Constata-se nos estudos de Velho (2010) que as unidades básicas de saúde foram responsáveis pelo

encaminhamento de 13,1% dos casos, dos quais 44,7% de *crack* e 5,3% de *cannabis*, e os que procuraram o tratamento de forma espontânea, pouco mais de metade (50,8%) eram usuários de *crack*. Neste mesmo estudo realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, situado na região centro-sul do município de Londrina, com residentes que passaram pela triagem entre julho e dezembro de 2008, verificou-se, que de entre as substâncias que levaram os indivíduos a procurarem o tratamento, o *crack* representou (44,4%) dos sujeitos, seguido por *cannabis* (5,8%), cocaína aspirada (3,1%), ansiolíticos (0,4%) e solvente (0,2%).

Na mesma linha de resultados, Sirvent *et al.* (2010) num outro estudo em Oviedo, Espanha revelou que 57% dos homens e 60,5% das mulheres procuraram o tratamento devido à dependência de cocaína, 20,58% dos homens e 19,6% das mulheres, ao haxixe, e 24,7% dos homens e 22,22% das mulheres, aos opiáceos, e nenhuma dessas substâncias implicam maior risco de abandono.

Em contraposição aos resultados supracitados, Montalvo *et al.* (2004) demonstraram nas suas pesquisas que as principais substâncias que mais motivaram os indivíduos a buscar o tratamento foram a heroína (42,9%), a cocaína (28,6%), as anfetaminas (14,3%), o álcool (11,9%) e as benzodiazepinas 2,4%. Na mesma perspectiva, e curiosamente a ONUDC (2012) refere que, em África a substância psicoativa que mais leva o indivíduo a buscar o tratamento é a *cannabis*.

Presume-se que, o que está na base de elevada procura por tratamento devido ao consumo de cocaína, particularmente na sua forma de *crack*, conforme Carlini *et al.* (2001), o consumo desta substância origina uma euforia exacerbada de curta duração, continuada de fissura intensa. Nesta lógica, Dunn e Laranjeira (1999) afirmam que a procura por tratamento aparenta ser mais precoce entre os usuários de *crack*, comparativamente aos de cocaína aspirada. Apesar dessa aparente prematuridade na busca por tratamento no seio dos consumidores de *crack*, Carlson *et al.* (2010), salientam que os usuários de *crack* são os que menos buscam ajuda entre os usuários de drogas ilícitas, e no entanto existem factores que predispõe a demanda por tratamento, nomeadamente aumento da severidade da dependência, problemas legais e presença de tratamentos anteriores.

Ressalta-se neste estudo, que 91,2% dos indivíduos usaram canabinóides, todavia apenas 2,3% dos sujeitos procuram o tratamento pelo seu uso. Nesta perspectiva, Silveira (2001) cita que a *cannabis* é uma substância que, por si só, dificilmente constitui a razão de internamento.

Atendendo ao número de drogas consumidas, apenas 23 residentes (menos de 11%) admitiu ter consumido apenas um tipo de droga; todos os demais consumiram mais de dois tipos diferentes de drogas. Trata-se de uma tendência que já tinha sido evidenciado na pesquisa de Mombelli *et al.* (2010), que constataram que, 79% dos adolescentes usaram *crack* e *cannabis* de forma concomitante. Percentagens mais elevadas já tinham sido encontradas por Sanchez e Nappo (2002), que verificou que entre os usuários de *crack*, a prevalência do uso de *cannabis* chega a 60%, na forma sequencial ou no uso combinado num mesmo cigarro designado “mesclado”. A ONUDC (2012) chama atenção para o facto de o número total de consumidores de cinco drogas (*cannabis*, anfetaminas, *ecstasy*, cocaína e opiáceos) transpôs a média dos 20% do número total de consumidores de drogas ilícitas.

Constata-se nos estudos de Oliveira (2010) que dentre os dependentes de substâncias psicotrópicas que procuraram tratamento, 45,3% dos entrevistados utilizavam três ou mais drogas. Percentagens relativamente idênticas foram observadas por Seabra *et al.* (2010), que evidenciaram que a cocaína, heroína e *cannabis* eram consumidos por 49,3 % dos indivíduos.

Uma possível explicação para estes resultados pode estar relacionada com o facto que, segundo Guindalini *et al.* (2006), Mombelli *et al.* (2010) é unânime que consumo substâncias psicoactivas lícitas se inicia particularmente com drogas lícitas, álcool e tabaco, em idade prematura e de forma pesada. No sentido de complementar essa afirmação, Mora *et al.* (2002) afirmam que o uso dessas substâncias lícitas aumenta a probabilidade de envolvimento sério com uma ou mais drogas ilícitas. Kandel e Yamaguchi (1993), já haviam considerado o início do uso de drogas lícitas na tenra idade como factor que predispõe ao poliuso e a dependência de drogas psicotrópicas.

Neste estudo, o uso de múltiplas drogas constitui um problema já que uma elevada percentagens dos residentes as consome. Perante essa dificuldade, difícil de se lidar, torna-se pertinente uma reflexão por parte dos profissionais da saúde e entidades

competentes, no intuito de chegar a uma conscientização da gravidade deste fenómeno para uma possível intervenção psicossocial diferente junto desses tipos de usuários de drogas, pois há uma carência de uma avaliação clínica e psiquiátrica com maior profundidade. Há que ressaltar que neste centro de tratamento não existe nenhum técnico especializado em dependência química, somente há técnicos com alguns anos de experiência nesta área. Nesta perspectiva, impera a necessidade de qualificar a equipa para fazer frente a este tão grave problema de saúde pública.

Menos da metade (46,5%) dos residentes concluiu o programa de tratamento e pouco mais que isso (49,8%) abandonaram ou foram expulsos do programa. Menos de um quarto (17%) dos residentes do género feminino concluiu o programa de tratamento e pouco menos de 80% (79%) abandonaram ou foram expulsos do programa. Metade dos residentes de género masculino respondeu ao programa de tratamento, com conclusão e pouco menos de 50% (46%) abandonaram ou foram expulsos do programa.

Ressalta-se aqui, que 54,2% dos residentes do género feminino foram expulsas contra 18,4% dos homens. Isso pode estar na base do grande impacto nas baixas percentagens das mulheres que completam o programa de tratamento. Essa situação de expulsão pode ser explicada, através de Santamaria e Aljama (2004), pois observaram que, inicialmente as mulheres aceitam os limites e normas no tratamento. Contudo, posteriormente, expõem enormes dificuldades para se manterem no cumprimento, reagindo negativamente a directiva, sendo que o confronto com a norma é mais forte que nos indivíduos do género oposto.

A proporção de não conclusão do programa de tratamento foi de 53,5%, mas a variação entre as diferentes formas de não conclusão foi considerável entre 1 % de óbito e 27% abandono, relativamente ao género masculino, 0% de óbito e 54% de expulsão.

Isto indica que mesmo dentro da mesma modalidade de não conclusão de programa de tratamento psicossocial, as percentagens de não conclusão podem ser muito distintos. Somente a duração do programa aparenta ser insuficiente para explicar essas diferenças e, ainda, ilude transparecer que a variação poderia dever-se a interacção dinâmica entre os dependentes de substâncias psicoactivas, os técnicos prestadores de cuidados e os factores do programa.

Analisando a resposta ao programa de tratamento a proporção dos residentes que não concluíram o programa de tratamento foi de 53,5%. Goñi *et al.* (2008) num estudo de uma amostra de 61 pacientes dependentes de heroína, cocaína, *speed ball* (mistura de ambas as substâncias), álcool, *cannabis* do *Proyecto Hombre* de Navarra, Espanha, encontraram taxas de abandono, oscilando entre 60% e 80 % tanto no tratamento ambulatorial como no residencial. Os resultados encontrados por Ravndal *et al.* (2005) num estudo prospectivo de 13 programas em Noruega com uma amostra consecutiva de 307 sujeitos dependentes de heroína, álcool e outras substâncias psicoactivas mostram que apenas 40% dos sujeitos completaram o tratamento indicado.

Desta forma, percebe-se que 60% dos indivíduos não concluíram o programa de tratamento.

Diez *et al.* (2000) num estudo longitudinal com uma amostra com 231 sujeitos dependentes de heroína, cocaína, tabaco, álcool, anfetaminas, psicofármacos e hipnóticos, realizadas em Unidade de Desabilitação Residencial “Balsa Blanca” constataram que, exclusivamente 31,2% dos indivíduos concluíram com sucesso o programa de tratamento. Este achado ilustra que cerca de 68,8% dos indivíduos não finalizaram com êxito o programa de tratamento.

Por se tratar da maioria dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe que não concluiu o programa de tratamento, então os resultados dos estudos supracitados, embora em percentagem superiores são concordantes com este estudo.

Apesar das limitações o estudo apresenta alguns indicadores que possibilitam a compreensão das características dos indivíduos que influenciam a não conclusão do programa de tratamento.

Os resultados sugerem a necessidade de desenvolvimento de estratégias diferenciadas para atenção as mulheres, pois há um número reduzido do género feminino que procura o tratamento e, ainda mais poucos concluem o programa de tratamento. Ainda, torna-se importante detectar precocemente, na admissão os pacientes portadores de factores, com uma certa predição de não concluir o programa de tratamento proposto na Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, a fim de poder

influenciar positivamente a sua resposta ao programa de tratamento bem como seu prognóstico.

Diante disso, seria pertinente aprofundar a identificação de factores preditores de não conclusão do programa de tratamento quer seja intrínsecos aos indivíduos quer seja intrínseco ao próprio programa de tratamento, para melhor compreender porque uns indivíduos concluem o programa de tratamento e outros não, aplicando um estudo qualitativo complementar a este.

Provavelmente, isso possibilitaria melhor a compreensão do fenómeno estudado e a mudança das práticas dos profissionais envolvidos no processo de tratamento dos dependentes químicos e, conseqüentemente, melhor resposta ao programa de tratamento.

Capítulo VI: Conclusão

A dependência de substâncias psicoativas é uma doença crónica atinge diversas idades, iniciando prematuramente na adolescência, originando alterações importantes no âmbito biológico, psíquico, familiar, social e profissional. Vários são os dependentes químicos que procuram o tratamento na Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, visando a recuperação e conclusão do programa de tratamento, no entanto esses consumidores, por diferentes motivos acabam por não cumprir os objectivos proposto inicialmente.

Neste sentido, o presente estudo refere a elementos para o conhecimento de factores que contribuem para a não conclusão do programa de tratamento e melhorar os resultados do tratamento.

A resposta ao programa de tratamento dos dependentes de substâncias psicoativas, constitui um fenómeno complexo e, por conseguinte, exige ponderação no momento de concluir sobre os factores que afectam a não conclusão do programa de tratamento. Neste sentido, os resultados deste estudo parecem confirmar tendências observadas por diferentes autores que têm evidenciado que variáveis sociodemográficas e clínicas podem ser consideradas predictoras de não conclusão de programa de tratamento. Desta forma oferece, parâmetros para um possível prognóstico de resultados de tratamento, assente na presença ou ausência das características associadas aos mesmos, no sentido de reduzir as percentagens de não conclusão do programa de tratamento consequência da influência de determinadas características dos dependentes químicos.

Em síntese, dos 215 indivíduos estudados, o perfil tipo da amostra estaria representado, enquanto as *variáveis sociodemográficas*, por um homem (89%), com uma idade média de 30,25 anos, solteiro (94%), com filho (56,7%), que coabita com pai/mãe/ambos (33,5%) habilitado com ensino secundário (60,9%), de profissão elementar (38,1%) e, desempregado (76,7%).

Atendendo aos *Padrão de consumo de substâncias psicoactivas*, poderia assinalar que o perfil do usuário se caracteriza por um sujeito que não tinha realizado

nenhum tratamento anterior, cuja “média de tempo de permanência” ronda os 196,97 dias, sendo o tempo mínimo de um dia e o máximo de 1187. Começou a usar drogas (canabinóides) aos nove anos de idade e a “primeira substância psicoactiva consumida” foi canabinóides (86,5%), mas foi a cocaína a que mais consumiu (98,1%), sendo que as drogas múltiplas eram constituídas essencialmente, por canabinóides/ cocaína (72,6 %), e tendo consumido durante 14,16 anos. Porém, procurou o tratamento devido ao consumo da cocaína (79,5%), e usava duas drogas (72,6%).

No que se refere as *comorbidades* este individuo padece de “transtorno por uso de tabaco” (74,4%) e apresenta duas comorbidades (30,2%).

Com respeito a *variável resposta ao programa de tratamento* pode-se indicar que o sujeito não concluiu o programa de tratamento (53,5 %).

O género e número de comorbidades apresentadas predizem a não conclusão do programa de tratamento. Essas variáveis poderiam influenciar a tomada decisão na selecção dos pacientes na admissão, melhor preparação motivacional e monitoramento durante o tratamento, e, logicamente orientar a equipa terapêutica para melhor intervir.

A não conclusão do programa de tratamento aparenta estar influenciadas pelas características sociodemográficas (género) e clínicas (número de comorbidades) dos residentes.

A qualidade dos prontuários impediu análises mais aprofundadas. Neste sentido, o conteúdo e a qualidade do preenchimento dos processos clínicos da Comunidade Terapêutica Ganja de São Filipe, como de qualquer outro serviço de saúde, poderiam ser aprimorados.

Ao término deste trabalho, percebe-se que foi bastante gratificante, pois houve muita aprendizagem, apesar das suas limitações. Espera-se contribuir significativamente para sensibilização para a problemática deste fenómeno de todas que possam entrar em contacto com estes resultados, especialmente os profissionais de saúde.

Capítulo VII: Referências bibliográficas

Agra, C. (1998). *Entre Droga e Crime*. Atores, Espaços, Trajectórias. Editorial Notícias. Lisboa.

Almeida, A. J., Ferreira, M. A. F., Gomes, M. L. B., Silva, R. C., & Santos T. C. F. (2007). O adolescente e as drogas: consequência para a saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11 (4), 605-610. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a08.pdf>

Almeida, J. M. C., & Xavier, M. (1995). Avaliação e garantia de qualidade dos serviços de saúde mental. *Acta Médica Portuguesa*, 8, 119-131. Disponível em <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/2669/2060>.

Almeida, P. P. de, & Monteiro, M. F. (2011). Neuropsicologia e dependência química. In Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeiro, R.R. (Orgs). *Dependência Química: Prevenção, tratamento e políticas públicas* (98-105). Poro Alegre: Artmed.

Almeida, R. A. de (2013). *Fatores associados ao abandono do tratamento por usuários do centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas em João Pessoa*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil. Disponível em http://www.de.ufpb.br/~mds/DissertacoesAprovadas/Dissertacao_Rosilene_Alves_Almeida-2013.pdf.

Altamar, A. L., McKay, J., Mulvaney, F. D., Cnaan, A., Cacciola, J. S., Turian, K. A., Rutherford, M. J., & Merikle, E. P. (2000). Baseline prediction of 7- month cocaine abstinence for cocaine dependence patients. *Drug and alcohol dependence*. 59 (3), 215-221.

- Alves, B. E. P., & Carneiro, E. O. de (2008). *Drogas psicoestimulantes: uma abordagem toxicológica sobre cocaína e metanfetamina*. Disponível em <http://www.cpgls.ucg.br/7mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Drogas%20psicoestimulantes%20%20uma%20abordagem%20toxicol%C3%B3gica%20sobre%20coca%C3%ADna%20e%20metanfetamina.pdf>
- Alves, H. , kessler, F. ,& Ratto, L. R. C. (2004). Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (1), 51-53. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v26s1/a13v26s1.pdf>.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4th ed. revised*. Washington.
- Aminoff, M. J. (2007). *Neurology and General Medicine*. 4th. Ed.: Churchill Livingstone.
- Anderson, G. (2003). *Nida Notes. National Institute of Drug Abuse. Us Department of Health and Human Services*. National Institute of Health, 18 (4). Editors. From archives.drugabuse.gov/.nidanotes/NNVol18N4.p.
- Andrade, I. (1994). *A face oculta das drogas*. Porto: Porto Editora.
- Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. 1ª.ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo M. R., & Moreira, F. G. (2006). História das drogas: *In* D. Silveira, da.,& F. Moreira (Orgs.). *Panorama actual de drogas e dependências* (9-14). São Paulo, Brasil: Artheneu.
- Araújo, M. R., & Moreira, F. G. (2006). História das drogas: *In* D. Silveira, da., & F. Moreira (Orgs.). *Panorama actual de drogas e dependências* (9-14). São Paulo, Brasil: Artheneu.

- Araujo, N. B. de, Marcon, S. R., Silva, N. G., & Oliveira, R. T. de (2012). *Perfil clínico e sociodemográfico de adolescente que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT*. Disponível em www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n4/06.pdf.
- Armstrong, T. D., & Costello, E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal Consult Clinical Psychology*, 70, 1224-1239. From <http://devepi.duhs.duke.edu/library/pdf/15203.pdf>.
- Arnau, C. D. (1998). *El tratamiento de la drogodependencia y las Comunidades Terapéuticas*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. 1988.
- Arnau, D. C. (201). *La metodología de la Comunidad Terapéutica*. Madrid: Fundación Atenea.
- Associação Americana de Psicologia. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. (DSM – IV – TR)*. Porto Alegre: ARTMED.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2002). *DSM-IV-TR- Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Associação Brasileira de Psiquiatria (2012). *Projeto Diretrizes: Abuso e Dependência de Inalantes*. Disponível em www.abp.org.br/portal/educacao/diretrizes.
- Avila, H. C., & Lagha, P. A. (2005). Inhalants. In: Kranzler, H.R., & Ciraulo, D.A. *Clinical Manual of Addiction psycho-pharmacology*. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC. London, England. pp.269-314.
- Azevedo, R. C. S, & Oliveira, K. D. (2011). Poliusuários de substâncias psicoativas. In Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. 1ª.ed. São Paulo: Artmed.

- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavior therapy and the problem of drop-out. *Journal Clinical of Psychology*, 63 (6), 585-592. From <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.20368/abstract>
- Baltieri, D. A., Eric, C. S., Dias, J. C., Scivoletto, S., Malbergier, A., Nicastri, S. Jerônimo, C., & Andrade, A. G. de (2004). (2004). Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (4), 259-69. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n4/a11v26n4.pdf>.
- Baptista, C., Moraes, A. T., Florindo, J., & Duarte, R. (2008). *Análise descritivas dos toxicodependentes com filhos*. Disponível em http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2008/2/art05_vol14_N2.pdf.
- Batista, L. S. S. de, Batista, M., & Constantino, P. (2012). *Perfil dos usuários de substâncias psicoativas do Capsad em 2000 e 2009, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro*. Disponível em http://journaldatabase.org/articles/perfil_dos_usuarios_substancias.html.
- Beltrão, M. A, Bernardo, W. M, Castro, L. A. G. P, Karniol, I. G, Kerr-Correia, F., Nicastri, S., Nobre, M. R. C., & Oliveira, R. A. (2003). Usuários. In: R. Laranjeira, R., de Oliveira, R. A., Nobre, M. R. C & Bernardo, W. M (Orgs.). *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento*. 2.^a ed. São Paulo, Brasil: Associação Médica Brasileira
- Benbrahim, F. N., García, C. V, Sáez, B. L., Gastelurrutia, M. A., & Faus, M. J. (2009). Adherence: review of education, research, practice and policy in Spain. *Pharmacy Practice*, 7 (3), 125-138. From <http://scielo.isciii.es/pdf/pharmacin/v7n3/125-138.pdf>
- Benowitz, N. L. (1992). How toxic is cocaine? In Bock GR, Whelan J, editors. *Cocaine: scientific and social dimensions*. Chichester: John Wiley & Sons. P.125-142.

- Bergeret, J. (1988). «La personnalité du toxicomane». In J. Bergeret e J. Leblanc. *Précis des toxicomanies*, Paris, Masson
- Beynon, C. M., McMinn, A. M., & Marr, A. J. (2008). Factors predicting drop out from, and retention in, specialist drug treatment services: A case control study in the North West of England. *BMC Public Health*. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18460202>
- Bickel, W. K., Marion, I., & Lowinson, J. (1997). Treatment of alcoholic methadone patient: a review. *Journal of substance treatment*, 4, 15- 19.
- Borini, P., Guimarães, R. C., & Borini, S. B. (2003). Usuários de drogas ilícitas internados em um hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52 (3), 171-197. Disponível em http://www.ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/TECNOLOGIAS%20EM%20SAUDE/Pesquisa/QualidadesPsicometricasQLS_2003.pdf#page=6.
- Bossato, J. P. (2005). *A Co-Dependência ao Álcool e à Nicotina em Pacientes do Programa de Atendimento ao Alcoolista da UFES*. (Trabalho de Conclusão de Curso- Enfermagem e Obstetrícia). Vitória: Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Espírito Santo.
- Brady, K. T., Sonne, S., Randall, C. L., Adinoff, B., & Malcolm, R. (1995). Features of cocaine dependence with concurrent alcohol abuse. *Drug Alcohol Dependence*, 39(1), 69-71. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7587977>.
- Brands, B., Sproule, B., & Marshman, J. (1998). *Drugs and drug abuse*. Addiction Research Foundation, 3^a. Edition, Toronto.
- Brands, B., Sproule, B. , & Marshman, J. (1998). *Drugs & Drug Abuse*. (3.^a ed.). Toronto, Ontario: Addiction Research Foundation. Editors
- Brasiliano, S. (2005). *Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento*

específico para dependência química. (Tese de Doutorado). Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-21082007-113755/pt-br.php>

- Brasiliiano, S., Hochgraf, P. B., & Torres, R. S. (2002). Comportamento sexual de mulheres dependentes químicas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (2), 5-25. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000600003.
- Brewel, C., & Streel, E. (2003). Implantes de Naltrexona: un avance terapêutico tanto terapêutico como farmacológico. *Adicciones*, 15, 299-308. Disponível em <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=785767>.
- Brewer, D. D., Catalano, R. F., Haggerty, K., Gainey, R. R., & Fleming, C.B. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug used during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93, 73-92. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9624713>.
- Brody, S. L., Slovis, C. M., Wrenn, K. D. (1990). Cocaine-related medical problems: consecutive series of 233 patients. *American Journal Medicine*, 88, 325-31. From <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/000293439090484U>.
- Brown, R. A., Monti, P. M., Myers, M. G., Martin, R. A., Rivinus, T., & Dubreuil, M.E.T. (1998). Depression among cocaine abusers in treatment: Relation to cocaine and alcohol use and treatment outcome. *American Journal of Psychiatry*, 155: 220-5 . From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9464201>
- Brown, S. B., O'Grady, K. E., Battjes, R. J., & Katz, C. E. (2004). The community assessment inventory- cliente views of support to drug abuse treatment. *Jornal of substances abuse treatment*, 27 (3), 241-251.
- Cacho, J. M. S., & Jiménez, M. P. M. del (2010). *Eficiencia en el tratamiento de adicciones en un contexto residencial*. Disponível em <http://www.unad.org/actualidad/opinion/53470.html>.

- Calheiros, P., Andretta, I., & Oliveira, M. (2006). Avaliação da motivação para mudança nos comportamentos aditivos. *In: Werlang, B. S., & Oliveira, M. S., editors. Temas em Psicologia Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cantwell, B., & McBride, A. J. (1998). Self detoxification by amphetamine dependent patients: a pilot study. *Drug Alcohol Dependence*, 49 (2), 157-163. From <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&UID=1998-01040-005>.
- Capistrano, F. C., Ferreira, A. C. Z., Silva, T. L., Kalinke, L. P., & Maftum, M. A. (2013). Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de Prontuários. *Revista de Enfermagem, Escola Anna Nery* (impr.) 17 (2), 234-241. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a05.pdf>.
- Carlini, E. A. Nappo, S. A. Galduróz, J. C. F., & Noto, A.R. (2001). Droga psicotrópicas- o que são e como agem. *Revista IMESC*, nº.3, p.935. Disponível em <http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%201%20%20DROGAS%20PSICOTRÓPICAS%20O%20QUE%20SÃO%20E%20COMO%20AGEM.pdf>.
- Carlini, E. A., Nappo, S. A., & Galduróz, J., M. (2003). Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, San Francisco, 33 (3), 241-253.
- Carlini, E.A. (2004). The good and the bad effects of (-) Trans-delta-9-tetrahydrocannabinol (Delta (9)-THC) on humans. *Toxicon*, 44 (4), 461-467.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, & A. R, Nappo, S. A. (2002). *1º Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas São Paulo: UNIFESP.

- Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Fonseca, A. M., Carlini, C. M., & Oliveira, L. G. (2007). *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País-2005*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.
- Carlson, R.G., Sexton, R., Wang, j., Falck, R., Leukefeld, C.G., & Booth, B.M. (2010). predictors of substance abuse treatment entry among rural illicit stimulant users in Ohio, Arkansas, and Kentucky. *Substance Abuse*, 31(1), 1-7. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20391264>.
- Carter, T. M. (1998). The effects of spiritual practices on recovery from substance abuse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5 (5), 409 -413.
- Castro, B. L. G. de, Lucíola, F. L.G.G.C., Noronha, C. K. C. de, Carvalho, P.M. A. L. de, Castro, I. L. P. G. M. de (2012). *Levantamento sociodemográfico do uso/abuso do crack e adictos em tratamento (2012)*. Disponível em <http://177.184.194.68/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I41135.E10.T7807.D6AP.pdf>.
- Cavalcante, M. B. P. T, Alves, M. D. S., & Barroso, M. G. T. (2008). Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12 (3), 555-559. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a24>.
- Cesar, B. A. L. (2006). Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (3), 208-211. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsi/V55n3a6.pdf>.
- Comissão de Coordenação do Combate à Droga. (2010). *Tratamento: Comunidade Terapêutica Granja São Filipe*. Disponível em <http://www.cccd.cv/article/27>.
- Comissão de Coordenação do Combate à Droga-Ministério da Justiça. (2013). *1º Inquérito Nacional sobre a prevalência de consumo de substâncias psicoativas na população geral*. Praia: Autor.

- Comité de Coordenação do Combate à SIDA. (2011). *Cartografia e estudo sócio comportamental e de seroprevalência do VIH/Sida nas profissionais de sexo (Relatório de Pesquisa/2011)*. Praia: Autor.
- Comptom, W. M., Grant, B. F., Colliver, J. D., Glantz, M. D., & Stinson, F. S. (2004). Prevalence of marijuana use disorders in the United States 1991-1992 and 2001-2002. *JAMA*, 291 (17), 2004.
- Copeland, J., & Hall, W. (1992). A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *British Journal of Addiction*, 87, 883-890.
- Cordeiro, M. (2004). *Dos 10 as 15, adolescentes e adolescências*. (II Vol. 2.^a ed.). Jardim dos Ulmeiros. Publisher Team.
- Costa, M., & Barreto, S. (2003). Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12 (4). Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>.
- Cotrim, C. B. (1995). Inhalant Use among Brazilian. *Nida Research Monograph*, 148, 64-78. From <http://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/download148.html>
- Darke, S., & Hall, W. (1995). Leveles and correlates of polydrug use among heroin users and regular amphetamine users. *Drug Alcohol Dependence*, 39, 231-235. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8556972>.
- Darke, S., Campbell, G., & Popple, G. (2012). Retention, early dropout and treatment completion among therapeutic community admissions. *Drug and alcohol review*, 31 (1), 64-71. From <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14653362.2011.00298.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>.

- Darke, S., Campbell, G., & Popple, G. (2012). Retenção, evasão e tratamento precoce conclusão entre terapêuticas admissões comunidade. *Drogas Álcool Revista*, 31, 64-71. Disponível em <http://www.drugfields.org.au/research-in-brief/2012/2/9/retention-early-dropout-and-treatment-completion-among-thera.html>.
- David, M., Geada, M., & Neto, D. (1997). Influencia dos factores sociodemográficas e familiares na evolução terapêutica de heroinodependentes no programam de tratatmento combinado por etapas. Restelo. Lisboa. *Acta Médica Portuguesa*, 12, 899-904. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/2526/1940>
- Dawe, S., Loxton, J. N., Kavanagh, D. J., & Mattick, R. P. (2002). *Review of diagnostic screening instrument for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders*. 2ª. ed. Common Health of Australia.
- Dias, J. C., & Pinto, I.M. (2006). Substâncias psicoactivas: Classificações, Mecanismo de acção e feitos sobre o organismo: *In* D. Silveira, & F. Moreira (Orgs.). *Panorama actual de drogas e dependências* (39 - 49). São Paulo: Artheneu.
- Dias, J.C, & Pinto, I.M. (2006). Substâncias psicoactivas: classificações, mecanismos de acção e efeitos sobre o organismo: *In* Silveira, D. da, & Moreira (Orgs.). *Panorama Atual de Drogas e Dependências* (40-49). São Paulo, Brasil: Artheneu.
- DiClemente, C.C, Bellino L.E., & Neavins, T.M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment, *Alcohol research and health*, 23 (2), 86-92.
- Diehl, A, Cordeiro, D. C., & Laranjeiro, R (2010). Dependência de múltiplas substâncias em poliusuários de drogas. *In* Diehl, A, et al. *Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica*. 1ª.ed. p. 317-23. São Paulo: Artmed.

- Diehl, A., Cordeiro, D. C., Laranjeira, R. (2010). Dependência de múltiplas substâncias em poliusuários de drogas. *In: Diehl, A et al. Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica*. 1.^a ed. São Paulo Artmed.p. 317-323.
- Diehl, A. Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2010). Abuso de *cannabis* em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualização para uma antiga evidência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (1), 541-545. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s1/a07v32s1.pdf>.
- Diez, P. S, Alcoriza. J. V. P., & Badía. M. A. P. (2000). Variables predictoras de evolución en una unidad de deshabituación residencial. *Adicciones*, 12 (4), 487-491. Disponível em <http://www.adicciones.es/files/487-491%20Original.pdf>.
- Dishman, R. K. (1998). Determinants of physical activity and exercise for persons 65 years of age or older. In American Physical Academy of Physical Education. Activity and aging. Champaign: Human Kinetics. *American Academy of Physical Education Papers*, 22,140-162.
- Drieschner, K. D., Lammers, S. D., & Staak, C. P. (2004). “Treatment motivation: an attempt clarification of ambiguous concept”. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1127.
- Duailibi, L. B, Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (4), 545-557. From <http://www.scielo.br/scielo.php?>
- Duailibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (4), 545-557. Disponível em http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/perfil_usuario_coca_crack.pdf2008.
- Dudley, R. F. (2002). Fermenting fruit and historical ecology of ethanol ingestion: Is alcoholism in modern humans an evolutionary hangover? *Addiction*, 97,381- 388.

- Dunn, J, Ferri, C. P., & Laranjeira, R. (2001). Does multisite sampling improve de patient heterogeneity in drug misuse research? *Drug Alcohol Depend*, 63 79- 85. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11297833>.
- Dunn, J., Laranjeira, R. (1999). Cocaine- profiles, drugs histories, and patterns of use of pacientes from Brasil. *Substance Use and Misuse*, 34 (11), 1527-1548. From <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s4/07.pdf>.
- DuPont, R. L. (1991). *Crack cocaine: a challenge for prevention*. Rockville: U.S.Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. OSAP prevention monograph.
- DuPont,L.R. (2005). *Cérebro, álcool e drogas o cérebro egoísta: aprender com dependências*. Lisboa: Stória Editores.
- Edelen, M. O., Tucker, J. S., Wenzel, S. L., Paddock, S. M., Ebener, P. A., Dahl, J., & Mandell, W. (2007). Treatment process in the therapeutic community: Associations with retentions and outcomes among adolescent residential clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 32,415-421.
- Elbreder, M. F, Laranjeira, R.,Siqueira, M. M., & Barbosa, D. A. (2008). Perfil de mulheres Usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *In Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (1),9-13.Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a03.pdf>.
- Ellenhorn, M. J., & Schonwald. S., Ordog, G., & Wasserberger, J. (1997). Amphetamines and designer drugs. *In* Ellenhorn, M. J., Schonwald, S., Ordog, G., Wasserberger, J., (editors). *Ellenhorn's Depend dical toxicology - diagnosis and treatment of human poisoning*.Maryland: William & Wilkins, PP.340-355.
- Ellenhorn, M. J. (1992). The Alcohols. *In* Hall, J.B., Schmidt, G.A., & Wood, L.H.D. (editors). *Principles of critical care*. New York: McGraw-Hill; p. 2080-2093.

- Ellenhorn, M. J., Schonwald, S., Ordog, G., & Wasserberger, J. (1997). *Ellenhorns medical toxicology: diagnosis and treatment of human poisoning*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Escohotado, A. (1996). *Historia de las drogas*, Madrid: Alianza Editorial.
- Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. (2009). *Programa Regional para a África Ocidental 2010-2014*. Disponível em http://www.unodc.org/documents/westandcentralafrica/FINAL_RP_PT_complete_15032011.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004). *Co- morbidity: In EMCDDA 2004 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. From www.emcdda.europa.eu/attachements.../att_37366_PT_sel2004_3-pt.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2012). *United Kingdom drug situation: annual report on the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2011*. From www.emcdda.europa.eu/.../att_214116_EN_UnitedKingdom_NR2012.p...
- Everett, S. A. Warren, C. W., Sharp, D., Kann, L., Husten, C. G., & Crossett, L. S. (1999). Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U.S. High school students. *Preventive Medicine*, 29, 327-233. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10564623>.
- Everett, S. A., Warren, C. W., Sharp, D., Kann, L., Husten, C. G., & Crossett, L. S. (1999). Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U.S. High school students. *Prevention Medicine*, 29, 327-33. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10564623>.
- Faria, J. G. de, & Schneider, D. R. (2009). *O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a05v21n3.pdf>.

- Feijão, F. (2004). Aspectos epidemiológicos do uso de drogas. In Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2* (55-82). Projecto Álcool, Tabaco, Drogas. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Fergusson, D. M. (2001). The comorbidities of cannabis use: a comment on Degenhardt *et al.* *Addiction*, 96 (12), 1861-1863.
- Ferreira, A. M. C. (2007). Gravidade de dependência e motivação para tratamento. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0088.pdf>.
- Ferreira, O. F. Filho, Turchi, M. D., Laranjeira, R., & Castelo, A. (2003). Perfil Sociodemográfico e padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6), 751-759. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18018.pdf>.
- Ferri, C. P., Laranjeira, R., Silveira, D. X. da, J. Dunn, J., & Formigoni, M. L. O. S. (1997). Aumento da procura de tratamento por usuário de crack em dois ambulatório na cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 43 (1), 25-28. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v43n1/2068.pdf>.
- Figlie, N. B., Bordin, S., & Laranjeiro, R. (2010). *Aconselhamento em Dependência Química*. 2.ed. São Paulo: Roca.
- Fiorini, H. J. (2004). *Teoria e técnica de psicoterapias*. São Paulo: Martins Fontes, 1ª ed. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/145718154/Teoria-e-Tecnica-de-Psicoterapias-Hector-Juan-Fiorini>
- Fishman, J., Reynolds, T., & Riedel, E. (1999). A retrospective investigation of an intensive outpatient substance abuse treatment program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 185-196. <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1081/ADA-100101854>.

- Fleisch, B. (1991). *Approaches in the treatment of adolescents with emotional and substance abuse problems*. Washington (DC): DHHS Pub. (ADM) 1744-1791Supt. From <https://www.ncjrs.gov/App/publications/Abstract.aspx?id=145307>.
- Flynn, P. M., & Bronw, B. S. (2008). Co- occurring disorders in substance abuse tretment: issues and prospects. *Journal Substance Treatment*, 34 (1), 36-47. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2200799/>.
- Foltin, R. W., Fischman, M. W., & Levin F. R. (1995). Cardiovascular effects of cocaine in humans: laboratory studies. *Drug Alcohol Dependent*, 37 (3), 193-210. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7796714>.
- Foote, j., Seligman, M., Magura, S., Handelsman, L., Rosenblum, A., Lovejoy, M., Arrington, K., & Stimmel, B. (1994). An enhanced positive reinforcement model for the severely impaired cocaine abuser. *Journal substance Abuse treatment*, 11(6), 525-539. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7884836>.
- Fracasso, L. (2011). Características da Comunidade Terapêutica. In Serrata, S. M. *Drogas e Álcool Prevenção e Tratamento*. 6ª. ed. Campinas SP: Komedi, P. 272-288.
- Franco, F. O., Turchi, M. D., Laranjeira, R., & Castelo, A. (2003). Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6), 751-759. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000600010&script=sci_arttext
- Fredrichson, P., Boules, M., Lin, S. C., & Richelson, E. (2005). Neurobiologic basis ofnicotine addiction and psychostimulant abuse: a role for neurotensin? *Psychiatry Clinic North America*, pp.737-746.
- Fuller, R. K. (1991). Assessment of treatment outcome. Alcohol and alcoholism. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 1, 519-522.

- Galaif, E. R., & Newcombs, M. D. (1999). Predictors of polydrug use among four ethnic groups: a 12 year longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 24 (5), 607-631. From <http://youthandreligion.nd.edu/related-resources/bibliography-on-youth-religion/substance-use/>.
- Galduróz, J. C., Noto, A. R., & Carlini, E. A. (1997). *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre o 1º e 2º grau em 10 capitais estudantes de 1 brasileiras*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID).
- Galduróz, J. C. F. (2006). *Módulo 1: Capítulo 2: Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas*. Disponível em ufrb.edu.br/.../5-curso-de-atualizacao-sobre-intervencao-breve-e-aconsel.
- Garland, E. L., Howard, M. O. (2011). Adverse Consequences of Acute Inhalant intoxication. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 192, 134- 144. From <http://psycnet.apa.org/journals/pha/19/2/134/>
- Garland, E. L., Howard, M. O., Vaughn, & M. G., Perron, B. E. (2011). Volatile Substance Misuse in the United States. *Substance Use & Misuse*, 46, 8-20. From www.researchgate.net/...Volatile_substance_misuse_i.
- Gavazzoni, J. A. (2008). *Avaliação do efeito de um programa de intervenção Comportamental sobre o comportamento de fumar cigarros*. (Dissertação de Mestrado). Londrina: UEL.
- Geter, R. S. (1994). Drug user settings: a crack house typology. *International Journal of Addict*, 29 (8), 1015-1027.
- Giannini A., & Collins, G. B. (2001). Substance abuse and thought disorders. In Gold, M. S., & Slaby, A. E. *Dual diagnoses in substance abuse*. New york: Marce dekker.

- Giannini, A., Collins, G. B. (2001). Substance abuse and thought disorders. *In*: Gold, M. S., & Slaby, A. E. *Dual diagnoses in substance abuse*. New York: Marcel Dekker, Inc.
- Gigliotti, A., & Lemos, T. (2005). Comorbidade Psiquiátrica em Tabagismo × Dependência de Álcool e outras substâncias. *Revista ABEAD-Associação Brasileira de Estudo de Álcool e outras Drogas*. São Paulo: ABEAD. p.55-60. Disponível em www.revistas.usp.br/smad/article/download/38703/41554.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª.ed. São Paulo: Atlas.
- Gil, I. A., & Arroyo, A. O. (2010). La coordinación entre las redes generales y los centros residenciales. *In* Arnau, D.C. (Org.). *La metodología de la Comunidad Terapéutica*. Madrid, España: Fundación Atenea.
- Goeb, J. L., Coste, J., Bigot, T., & Ferrand, I. (2000). Prospective study of favorable factors in follow – up of drugs addict patients apropos of 257 patients of the Cassini Center in Paris. *Encephale*, 26 (6), 11-20.
- Gold, M. S. (1993). *Cocaine*. New York: Plenum Medical Book Company.
- Gold, M.S. (1996). *Cocaine*. New York. Plenum Medical Book Company.
- Gomes, F. C., Cunha, H., Carvalho, A., Silva, A., Dias, C., & Feijão, F. (2004). *Usos, abusos e dependências: alcoolismo e Toxicodependência*. Lisboa: Climepsi.
- Goñi, J. J. L. (2005). *Evaluación de la eficacia de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra*. (Tese Doutorado). Universidad Pública de Navarra, Departamento de Psicología y Pedagogía, Pamplona, España. Disponível em <http://www.proyctohombrenavarra.org/documentacion/tesisjope.pdf>.
- Goñi, L. J. J., Montalvo, F. J., Illescas, C., N. Landa, & Lorea, E. I. (2008). *Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapêutica*. Disponível em http://www.researchgate.net/publication/28222878_Razones_para_el_abandono_d_el_tratamiento_en_una_comunidad_teraputica.

- Gorenstein, C., Pompéia, S. (1999). Farmacocinética e Farmacodinâmica dos benzodiazepínicos. In Bernik, M. A. (editor). *Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência*. São Paulo, Bernik, M. A.
- Grella, C. E., Hser, Y. I., Joshi, V., & Rounds-Bryant, J. (2001). Drug treatment outcomes for adolescents with comorbidity mental and substance use disorders. *Journal Nerv Mental Disease*, 189 (6), 384-392. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11434639>
- Grella, C., Hser, Y., & Hsieh, S. (2003). Predictors of drug treatment re-entry following relapse to cocaine use in DATOS. *Journal Substance Abuse Treatment*, 25, 145-154. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14670520>.
- Grella, C., Stein, J. (2006). Impact of program services on treatment outcomes of patients with co-morbid mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 57, 1007-1015. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1904429/>.
- Griffiths, P., Mounteney, J., Lopez, D., Zobel, F., & Götz, W. (2011). Monitoring the European drug situation: the ongoing challenge for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). From www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21539630.
- Griffiths, P., Mounteney, J., Lopez, D., Zobel, F., Götz, W. (2011). Monitoring the European drug situation: the ongoing challenge for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21539630>
- Guidetti, V., & Galli, F. (2012). Comorbidade psiquiátrica. Sociedade Brasileira de Cefaleia. São Paulo. Disponível em [http://www.sbcefaleia.com/associados/index.php?option=com_k2&view=item&id=55:comorbidade psiqui%C3%A1trica&Itemid=567](http://www.sbcefaleia.com/associados/index.php?option=com_k2&view=item&id=55:comorbidade%20psiqui%C3%A1trica&Itemid=567).

- Guimarães, C. F., Santos, D. V. V., Freitas, R. C., & Araújo, R. B. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre (RS). *Revista de Psiquiatria*, 30 (2), 101-108. Disponível em [http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadHYPERLINK"http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra554"Observa/Obra554](http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadHYPERLINK)
- Guindalini, C., Vallada, H., Breen, B., & Laranjeira, R. (2006). Concorrent crack and powder cocaine users from São Paulo. Do they represent different group? *BMC PUB Health*, 6, 10. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1388201/>.
- Hadjiefthyvoulou, F., & Fisk, J. E. (2011). Montgomery C, Bridges N. Prospective Memory functioning among ecstasy/polydrug users: evidence from the Cambridge Prospective Memory Test (CAMPROMPT). *Psychopharmacology*, 215(4), 761-774. From http://www.academia.edu/911749/Prospective_memory_functioning_among_ecstasy_polydrug_users_evidence_from_the_Cambridge_Prospective_Memory_Test_CAMPROMPT_
- Hall, W., Hando, J., Darke, S., & Ross, J. (1996). Psychological morbidity and route of administration among anfetamine users in Sidney, Australia. *Addiction*, 91, 81-87. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8822016>.
- Hallfors, D. D., & Saxe, L. (1993). The dependence potencial of short half-life benzodiazepines: a meta-analysis. *American Journal Public Health*, 83 (9), 1300-1304.
- Hatsukami, D. K., & Fischman, M. W. (1996). Crack cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? *JAMA*, 276, 1580-1587. From <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=410806>

- Heim, J., & Andrade A.G. (2008). Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (1), 61-64. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010160832008000700013&script=sci_abstract.
- Hervás, E. S., Villa, R. S., Gómez, F. J. S., Romaguera, F. Z., Rodríguez, O. G., Yanez, E. M., & Fernández, G. G. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 22 (1), 59-64. Disponível em <http://www.adicciones.es/files/59-64%20sanchez-hervas.pdf>.
- Hervás, E. S., Gradolí, T. V., Gallús, E. M., Gurrea, R. del, & Bou, N. M. (2002). Características clínicas en tres grupos de dependientes a drogas. *Salud y droga*, 2 (2), 28-40. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/839/83920204.pdf>.
- Hess, A. R. B., Almeida, R. M. M. de, & Moraes, A. L. (2012). Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. *Estudos de Psicologia*, 17 (1), 171-178. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n1/21.pdf>.
- Hirschfeld, R. M. A. (1993). General Introduction. In *Benzodiazepines - Report of the W. P. A. Presidential Educational Task Force*; Edited by Y. Pelicier.
- Hoffman, J. A., Caudill, B. D., Koman, J. J., 3rd, Lukey, j. W., Flynn P. M., & Humbard, R. L. (1994). Comparative abuse cocaine treatment strategies. Enhancing client retention and treatment exposure. *Journal of Addictive Diseases*, 13 (4), 115-128. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7734463>.
- Hopwood, C. J, Morey, L. C., Skodol, A. E., Sanislow, C.A., Grilo, C. M., Ansell, E. B., McGlashan, T. H., Markowitz, J. C., Pinto, A., Yen, S., Shea, M. T., Gunderson, J.G., Zanarini, M.C., & Stout, R.L. (2011). Pathological personality traits among patients with absent, current, and remitted substance use disorders. *Addict Behavior*, 36 (11), 1087-1090. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3412532/>.

- Horta, R. L., Horta, B. L., & Pinheiro, R. T. (2006). Drogas; famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (4), 268-272. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n4/a02v55n4.pdf>.
- Howard, M. O., Perron, B. E., Sacco, P., Ilgen, M., Vaughn, M. G., Garland, E., & Freedentahl, S. (2010). Suicide ideation and attempts among inhalant users results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Suicide Life Threat Behavior*, 40, 276-286. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20560749>.
- Hser, Y. I., Joshi, V., Anglin, M. D., & Fletcher, B. (1999). Predicting post treatment cocaine abstinence for first time admissions and treatment repeaters. *American Journal of Public Health*, 89 (5), 666-671.
- Hser, Y., Evans, E., Huang, D., & Anglin, D. (2004). Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. *Psych Services*, 55, 767-774. From <http://www.drugfree.org/join-together/other/study-quality-of-care-during>.
- Iglesias, V., Cavada, G., Silva, C., & Cáceres, D. (2007). Consumo precoz de tabaco y alcohol como factores modificadores del riesgo de uso de marihuana. *Revista de Saúde Pública*, 41 (4), 517-522. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5822.pdf>.
- Instituto da Droga e Toxicodpendência (2011). *Linhas orientadoras param o tratamento e reabilitação em comunidades terapêuticas*. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/Tratamento/Documents/LinhasOrientadorasTratamentoReabilitacaoComunidadesTerapeuticas.pdf>.
- Instituto Nacional de Estatística e Instituto de Emprego e Formação Profissional. (2009). *Classificação Nacional das Profissões de Cabo Verde, 1.ª Revisão*. Disponível em <http://www.ine.cv/forumsine/Paginas/Ficheiros/CaboVerde/CP/CNPVersao%20final%2025-09-10.pdf>

- Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Recenseamento Geral da População e Habitação*. Disponível em <http://www.ine.cv>.
- Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas. (2011). *La Comunidad Terapéutica*. Disponível em:
<http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Terapeutica/Terapeutica.html>.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2003). *La Comunidad Terapéutica*, Washington, NIDA.
- Jaffe, S. L. (2002). Treatment and relapse prevention for adolescent substance abuse. *Pediatric Clinics of North America*, 49,345-352.
- Janeiro, L. B. (2007). Motivação para o tratamento: Estratégias psicoterapêuticas no tratamento da toxicodependência. *Toxicodependências* ,13 (1),49-58. Disponível em www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/.../2007/.../2007_01_TXT6.
- Jatobá, D. F., Júnior, O. G. L., Calheiros, M. G. F. das (2012). Clínicas involuntárias e comunidades terapêuticas para dependentes químicos: há como sobreviver sem elas? *Psicologia & Saberes*, 1 (1), 58-63. Disponível em www.fejal.com.br/revista/index.php/psicologia/article/download/45/24
- Jesus, C. F. de, & Rezende, M. M. (2008). Dirigentes de instituições que assistem dependentes químicos no Vale de Paraíba. *Estudos de Psicologia*, 25 (4), 499-507. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a04v25n4.pdf>.
- Jha, P., & Chaloupka, F. J. (1990) .*Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington: World Bank.
- Jimmy, B., & José, J. (2011). Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. *Oman Medical Journal*, 26, 155-9. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191684/~>

- Joe, G. W., Simpson, D. D., Szal, R. G & Greener, J. M. (1999). Integrative modeling of client engagement outcomes during the first 6 months of methadone treatment. *Addictive behaviours*, 24 (5), 649-659.
- Juárez, A. O. R. (2002). *Factor de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados*. (Tese de especialidade). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, De Cana de América, Perú. Disponível em <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008RABfac.pdf>
- Juergens, S. M., & Cowley, D. (1998). The Pharmacology of Sedatives-Hypnotics in *In* Graham, A. W., & Schultz, T. K. *Principles of addiction medicine*. Chevy Chase: ASAM 2,117-130.
- Jungerman, F.S., & Iaranjeira, R. R. (2008). Characteristics of cannabis users Seeking treatment in Sao Paulo, Brazil: *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23 (6), 384-393. From <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v23n6/a03v23n6.pdf>
- Kalina, E., & Kovadloff, S. (1988). *Drogadicção*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Kandel, D., & Yamaguchi, K. (1993). From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. *American Journal Public Health*, 83 (6), 851-855. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1694748/>.
- Kenna, G. A., Nielsen, D. M., Mello, P., Schiesl, A., & Swift, R. M. (2007). Pharmacotherapy of dual substance abuse and dependence. *CNS Drugs*, 21(3), 213-237. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17338593>.
- Koller *et al.* (2003). Complicações clínicas do consumo de crack. *In* Ribeiro M, Laranjeira, R. *O tratamento do usuário de crack*. 1ª.ed. São Paulo, P. 74-98.
- Lacks, V. & Julião, A. (2006). Transtornos relacionados ao uso de drogas: avaliação diagnóstica e uso de instrumentos de avaliação psiquiátrica. *In* D. DaSilveira & Moreira (Orgs.). *Panorama Actual de Drogas e Dependências* (59-66). São Paulo, Brasil: Artheneu.

- Lacks, V. & Quaglia, G. (2006). Término do tratamento. In D. Silveira. da, & Moreira (Orgs.). *Panorama Actual de Drogas e Dependências* (129-133). São Paulo, Brasil: Artheneu.
- Laíns, M. C. (2006). *Padrões de Consumo de Álcool em Programa de Substituição de Metadona*. Coimbra: Trabalho realizado no âmbito do concurso interno, de acesso à categoria de Assessor da carreira Técnica Superior de Saúde – Ramo de Psicologia Clínica, do I.D.T
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2010). *Fundamentos de metodologia científica*. 7ª.ed. São Paulo: Atlas.
- Lange, R. A., & Hillis, L. D. (2001). Cardiovascular complications of cocaine use. New England. *Journal of Medicine*, 345 (5), 351-358. From <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm200108023450507>.
- Laranjeira, R, Dunn, J., Rassi, R., & Fernandes, M. (1996). "Extase" (3,4) Metilenodioximetanfetamina-MDMA: uma droga velha e um problema novo. *Revista APB-APAL*, 18 (3), 77-81. Disponível em <http://www.worldcat.org/title/extase-34-metilenodioximetanfetamina-mdma-uma-droga-velha-e-um-problema-novo/oclc/69887869>.
- Laranjeira, R., Oliveira, Reinaldo A. de, Nobre, M. R. C., Bernardo, Wanderley, M. (2003). Associação Médica Brasileira. (2003). *Usuários diagnósticos e tratamento*. 2ª. Edição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira, p.120.
- Laranjeira, R., Pinsky, I., Zaleski, M., & Caetano, R. (2007). *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Disponível em www.uniad.org.br/docs/ILevAlcool.PDF.
- Laranjeira, R., Zaleski, M., & Ratto, L. (2004). Comorbidades psiquiátricas: uma visão global. In *Comorbidades: transtornos mentais x transtornos por uso de substância de abuso*. São Paulo: ABEAD, p.07-11.

- Laredo, M. L., Orejudo, S., & Carrobles, J. A. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17, 267-271. Disponível em <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3148>.
- Laudet, B. A., & William, L. W. (2008). *Capital de Recuperação como Prospective Predictor de recuperação sustentada, satisfação com a vida e estresse entre os ex- usuários de poli-substâncias*. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2211734/>
- Leite, M. C. (1996). *Relações entre dependência de cocaína e transtorno depressivo: contribuição para o estudo da comorbidade psiquiátrica em pacientes dependentes de substâncias psicoativas*. (Tese de Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Leite, M. C. (1999). *Fatores preditivo de resposta terapêutica em tratamento ambulatorial para dependentes de cocaína*. (Tese de Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Leon, G. de (1993). *A Comunidade Terapêutica Teoria Modelo e Método*. São Paulo: Edições Loyola, p.14-21.
- Leon, G. de (2003). *A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola.
- Leon, G. de (1994). The Therapeutic Community: Toward a General Theory and Model. In National Institute on Drug Abuse. *Therapeutic Communities: advances in research and application* Rockville: NIDA. From <http://165.112.78.61/pdf/monographs/144.pdf>.
- Leri, F., Bruneau, J., & Stewart, J. (2003). Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction*, 98 (1) 7-22. From http://www.oatc.ca/wpcontent/uploads/2013/04/Understanding.polydrug.use_.a mong_.MMT_.patients.pdf.

- Leweke, F. M., & Koethe, D. (2008). Cannabis and psychiatric disorders: it is not only addiction. *Addiction Biology*.13 (2), 264-275. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18482435>.
- Lima, M. S., Soares, B. G., Reisser, A. A, Farrell, M. (2002). Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review. *Addiction*. 97, 931-949.
- Lito, A. M., Sousa, I.,& Tormenta, S. (2005). *Toxicodependente: trajetórias, perfis sociopsicológicos, padrões familiares e processos mentais*. Disponível em http://docbweb.idt.pt:81/multimedia/pdfs/m_6676.pdf.
- Lizasoain, I., Moro, M. A., & Lorenzo, P. (2002). Cocaína: aspectos farmacológicos. *Adicciones*, 14 (1) 57- 64. Disponível em <http://www.adicciones.es/files/lizasoain.pdf>.
- Londero, I., Sordi, A. O., Kreische,F., & Diemen, L. von (2012). Cocaína e Crack:*In*: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social*. UFRGS. Brasília: SENAD. Disponível em http://media.wix.com/ugd/7ba6db_3b4ec8cb8c7b4866a811d8a7d46222ad.pdf
- Loureiro, C., André, M. C., & Lopes, R. C. (2000). *Ética e Toxicodependência*. Informar, 4 (22-23), 84-88.
- Maciel, C.,& Correa, K. F. (2004). Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*,26 (1), 47-50. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a12v26s1.pdf>.
- Mackay, J., & Eriksen, M. (2002). *Thetobaccoatlas*. Geneva, World Health Organization.
- Maglione, M., Chao, B., & Anglin, M. D. (2000). Correlates of outpatient drug treatment drop-out among methamphetamine users. *Journal Psychoact Drugs*, 32,221-228. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10908011>

- Magrinelli, M. (2003). *Padrões de consumo e motivação para mudança em dependentes de cocaína*. (Tese de Mestrado). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul.
- Magura, S., Knight, L. E., Vogel, H. S., Mahmood, D., Laudet, A. B., & Rosenblum, A. (2003). Mediators of Effectiveness in Dual-Focus Self-Help Groups. *American Journal of Drug and Abuse*, 29 (2), 301-322. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1828912/>
- Malbergier, A., & Oliveira, J. R., Pereira, H. da (2005). Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (5), 276-282. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n5/27702.pdf>.
- Mandell, W., Edelen, M. O., Wenzel, S. L., Dahl, J., Ebener, P. A. (2008). Do dimensions of therapeutic community treatment predict retention and outcomes? *Journal of Substance Abuse Treatment*. 35, 223-231.
- Mangado, E. O. (2009). Diferencias de género en el tratamiento de la dependencias de sustancias: *In XXXVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Salamanca
Disponível em http://www.alcoholofilia.org/Noticias_docs/Socidrogalcohol_jornadas_2009.pdf.
- Marques, A. C. P. R., Buscatti, D., & Formigoni, M. L. O. S. (2002). O abandono no tratamento da dependência de álcool e outras drogas: como diminuir este fenômeno? *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, 3 (1), 17-23. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000175&pid=S0103-166X200800040000400017&lng=en.
- Marques, A., & Fugas, C. (1990). *Consumo ilícito de drogas*, 2ª Edição. Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga - GPCCD. Lisboa.
- Marsden, V. F. M. G. (2009). Comorbidades entre dependência química, distímia, HIV e HCV: relato de caso. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 36 (1), 31-33. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n1/a05v36n1.pdf>.

- Martin, K. A., Sinden, A. R. (2001). Who will stay and who will go? A review of older adults adherence to randomized controlled trials of exercise. *Journal of Champaign*, 9, 91-114.
- Martin, P. R., & Hubbard, J. R. (2000). Substance-related disorders. In Ebert MH, Loosen, P.T., Nurcombe, B. *Current diagnosis & treatment in psychiatry*. New York: McGraw Hill. p. 233-259.
- Martins, E.R., & Corrêa, A. K. (2004). Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 398-405. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea15.pdf>
- Martins, H. S., Neto, A. S., & Velasco, I. T. (2005). *Emergências Clínicas Baseadas em Evidências; Disciplina de Emergências Clínicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*: Ed. Atheneu.
- Martins, M., Santos, M. A., & Pilon, S. C. (2008). Percepções de famílias de baixa renda sobre o uso de drogas por um de seus membros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (2), 293-298. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_19.pdf.
- Melús, R., Gutiérrez, T. (1996). Programa de mantenimiento con naltrexona. *Adicciones*, 8 (1), 5-18. Disponível em <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4474000>
- Meyers, R. J, Apodaca, T. R, Flicker, S. M., Sharon, M., & Slesnick, N. (2000). Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members. *The Family Journal*, 10, 281-288. From <http://tfj.sagepub.com/content/10/3/281.short>.
- Milby, J. B. (1988). *A Dependência de drogas e seu tratamento*. São Paulo: Pioneira EDUSP.

- Miller, L. L., & Branconnier, R. J. (1983). Cannabis: effects on memory and the cholinergic limbic system. Hollister LE. Health aspects of cannabis. *Pharmacology Psychol Bull*, 93 (3), 441- 456.
- Miller, M. D. (2009). *Principles of Addiction Medicine*. Maryland: American Society of Addiction.
- Miller, N. S. (1995). Liability and efficacy from long-term use of benzodiazepines: documentation and interpretation. *Psychiatric Ann*, 3,166-173.
- Miller, W. R. (1985). Enhancing motivation for change. In Miller W.R. & Heather, N. (Eds.). *Treating addictive behaviors*, 2, 3-24. Nova York: Plenum Press.
- Miller, W. R., Forcehimes, A., O'Leary, M., & LaNoue, D. M. (2008). Spiritual Direction in Addiction Treatment: Two Clinical Trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35 (4), 434- 442. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2600849/>.
- Ministério da Justiça & Escritório das Nações Unidas Contra Droga e Crime (2011). *Programa Nacional Integrado de Luta Contra Droga e Crime em Cabo Verde (2012-2016)*. Praia, Cabo Verde: Autores.
- Ministério da Saúde de Cabo Verde. (2009). *Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental (2009-2013)*. Disponível em: <http://www.minsaude.gov.cv/>
- Mombelli, M. A. C., Marcon, S. S., & Costa, J. B. (2010). *Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos*. Disponível e <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDEN&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=20837&indexSearch=ID>.

- Montalvo, F. J., Goñi, L. J. J., Illescas, C., N., Landa, Lorea, E. I., & Zarzuela, A. (2004). *Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapêutica*. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740202>.
- Monteiro, C. F. S., Fé, L. C. M., Moreira, M. A. C., Albuquerque, I. E. M. Silva, M. G., & Passamani, M. C. (2011). Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS- ad do Piauí. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15 (1), 90-95. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/13.pdf>.
- Mora M., Rei, Corona M,P., Cravioto, P., Villatoro, J., & Kurl P. Del (2002). *Tabaco al uso de otras drogas: el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?* Salud Pública. Disponível em http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0036-36342002000700016&script=sci_arttext.
- Mora, M. E., & Real, T. (2008). Epidemiology of inhalant use. *Curr Opin Psychiatry*, 2008, 21,247-251. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18382222>.
- Morel, A., Boulanger, M. Hervé, F., & Tonnelet, G. (2001). *Prevenção das Toxicomanias*. 1ª.ed. Lisboa,Portugal: Climepsi Editores.
- Mota, L. (2009). *Dependência química e representações sociais: pecado, crime ou doença?* Curitiba: Juruá,
- Muchata, T., & Martins, C. (2010). *Impacto da toxicodependência na parentalidade e saúde mental dos filhos- uma revisão bibliográfica*. Disponível em http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2010/1/Text4Vol16_n1E.pdf.
- Muck, R, Zempolich, K. A, Titus, J. C, Fishman, M., Godley, M. D, & Schwebel, R. (2001). An overview of the effectiveness of adolescent substance abuse treatment models. *Youth and Society*, 33, 143-168. From <http://web.utk.edu/~dap/SA2003/EffectadolescentSATx.html>

- Musto, D. F. (2002). *One hundred years of heroin*. Auburn House, Westport.
- Nappo, A. S. (2004). *Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação a DST/AIDS*. São Paulo: CEBRID. Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/porais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327986.pdf>.
- Nappo, S. A., Galduróz, J. M., Raymundo, M., & Carlini, E. A. (2003). Change in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999, in São Paulo, Brasil. *Journal Psychoactive Drugs*, 33 (3), 241-251. From <https://www.ncjrs.gov/App/publications/abstract.aspx?ID=192562>.
- Narcóticos Anónimos. (2000). *Só por hoje: meditação diária para adictos em recuperação*. VanNuis, World Service Office.
- Nassif, A. C. N., Filho., Bettega, S. G., Lunedo, S., Maestri, J. E., & Gortz, F. (1999). Repercussões otorrinolaringológicas do abuso de cocaína e/ou crack em dependentes de drogas. *Associação Médica Brasileira*, 45 (3), 237- 241. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-423019990003000008&script=sci_arttext.
- National Institute on Drug Abuse. (2009). *Principles of drug addiction treatment: a Research based guide 3.^a ed.* From <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>.
- National Institute on Drug Abuse. (2012). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide 3^a ed.* From <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>

- National Survey on Drug Use and Health (2010): *Summary of National Findings. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the Mental Health Foundation (MHF). Guidelines for the prevention and treatment of benzodiazepine dependence.* Washington: MHF.
- Negreiros, J. (2002). *Estimativa da prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em Portugal: Relatório final apresentado ao Instituto Português da Droga e Toxicodependência.* Disponível em www.idt.pt/pt/investigacao/.../relatorio/consumo_problematico.pdf.
- Negrete, D. B. D., López, G. D. A., & Silvestre, J. K. (2010). *Sistema institucional de evaluación de programas de tratamiento consulta externa segundo informe análisis de la permanencia en tratamiento. Informe de investigación 10-05.* Disponível em <http://www.cij.gob.mx/Especialistas/pdf/10-05.pdf>.
- Negrete, J. C. (1992). Cocaine problems in the coca-growing countries of South America. In Bock, G. R., & Whelan, J, editors. *Cocaine: scientific and social dimensions.* Chichester: John Wiley & Sons; p.9-40. Ciba Foundation Symposium 166.
- Neto, T. B. (1999). Atividade Física e Qualidade de vida. In *Anais do I Congresso Centro-Oeste de Educação Física, Esporte e Lazer.* Brasília.
- Nobrega, M. P. S. S., & Oliveira, E. M. (2005). Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Revista Saúde Pública*, 39 (5),816-823,São Paulo. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-.
- Noto, A. R, Galduróz, J. C. F., Nappo, A. S., & Carlini, E. A. (2003). *Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras.* São Paulo: CEBRID-Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.
- O'Brien, C., & McLellan, A. (1996). Myths about the treatment of addiction. *The Lancet*, 347,237-240. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2607333/>.

- Ochoa, E., Madoz, G. A., & Salvador, E. (2008). *Diferencias de género en el tratamiento de la dependencia de opiáceos*. Disponível em <http://www.generoydrogodependencias.org/wpcontent/uploads/2012/09/Diferencias-de-g%C3%A9nero-en-el-tratamiento-de-la-dependencia-de-opi%C3%A1ceos.pdf>.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi.
- Olievenstein, C. (1988). *Drogas e toxicómanos*. São Paulo: Brasiliense.
- Oliveira, H. P., & Malbergier, A. (2003). Motivação para o tratamento em dependentes de álcool que procuram tratamento especializado. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (1), 5-10.
- Oliveira, K. D. (2010). *Perfil sócio Demográfico, padrão de consumo e comportamento criminoso em usuários de substâncias psicoativas que iniciaram tratamento*. (Tese de Mestrado), Unicamp, São Paulo. Disponível em www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000771722.
- Oliveira, L. G. de., & Nappo, S. A. (2008a). Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, 42 (4), 664-671. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6645.pdf>.
- Oliveira, L. G., & Nappo, S. A. (2008b). Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34 (6). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n6/v35n5a02.pdf>.
- Oliveira, M. P. T. de, & Tedesco, S. (2006). Aclínica das farmacodependências: o acolhimento: In Silveira, D. da, & Moreira (Orgs.). *Panorama Atual de Drogas e Dependências* (53-66). São Paulo, Brasil: Artheneu.

- Oliveira, S. M., Szupszynski, K. R., & DiClemente, C. (2010). *Estudo dos Estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas*. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/7207/521>
- Orford, J., & Keddle, A. (1986). Abstinence or controlled drinking in clinical practice: a test of the dependence and persuasion hypothesis. *British Journal of Addiction*, 81, 495-504.
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Neurociência do uso*. São Paulo: Roca
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Geneva, Organização Mundial da Saúde. Disponível em www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf.
- Otten, R., Barker, E. D., Maughan, B., Arseneault, L., & Angels, R.C.M.E. (2010). Self control and its relation to joint developmental trajectories of cannabis use and depressive mood symptoms. *Drug and Alcohol Dependence*, 112, 201-208.
- Ozechowski T.J., & Liddle, H.A. (2000). Family-based therapy for adolescent drug abuse: knowns and unknowns. *Clinical Child Family Psychology Review*, 3, 269-298.
- Pala, B. (2004). Il Consumo alcolico femminile tra ricerca di parità e aumento del rischio: quale prevenzione? *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 40 (1), 411-446. Disponível em <http://www.hepatitis.iss.it/binary/publ/publi/40141.1107854946.pdf>.

- Pechansky, F, Diemen, L.von, Kessler, F., Hirakata, V. Metzger, D.,& Woody, G. (2002). Trastornos relacionados ao uso/abuso de substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (2), 05-25. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000600003&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1516-44462002000600003.
- Peixoto, C., Prado, C. H. O., Rodrigues, C. P., Cheda, J. N. D., Mota, L. B. T., & Veras, A. B. (2010). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e Drogas (CAPS ad). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (4), 317-321. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000400008.
- Pennings, E.J., Leccese, A.P., & Wolff, F.A. (2002). Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 97 (7), 773-783. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12133112>.
- Pereira, D. S., Souza, R. S. de, Buaiz, V., Siqueira, & M. M. de (2008). Uso de substâncias psicoativas entre universitários de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (3), 188-195. Disponível em www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n3/06.pdf.
- Perkins, K. A. (1992). Metabolics affects of cigarette smoking. *Journal Apply Psysiology*, 72(2), 401-409. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1559911>.
- Perrone, P. A. K. (2012). A “síndrome dos três meses”: a desistência no tratamento da Dependência química em duas comunidades terapêuticas do interior do Estado de São Paulo. (Tese de Mestrado). Faculdade Sudoeste Paulista, Departamento de Psicologia, São Paulo, Brasil.
- Petribu, K. (2001). Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (2), 17-20. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a04.pdf>

- Planeta, C. S., & Cruz, F. C. (2005). Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (5) 251-258. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n5/27699.pdf>.
- Portugal, F. B. Corrêa, A. P. M., & Siqueira, M. M. de (2010). *Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool*. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n1/06.pdf>.
- Prado, M. A. M., & Queiroz, I. S. (2012). A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. *Estudos de Psicologia*, 17 (2), 305-312. Consultado. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/15.pdf>.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. dos (2006). Reflexões sobre as relações drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia* (Natal), 11 (3), 315-322. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2006000300009
- Pratta, E. M. M., Santos, M. A. dos (2009). O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (2), 203-211. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C (1994). *Changing for Good*. New York: Paperback.
- Raupp, L. M. & Sapiro, M. C. (2008). A “reeducação” de Adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o Tratamento da Drogadição em uma Instituição Religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (3), 361-368. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722008000300013&script=sci_abstract&tlng=pt

- Ravndal, E., Vaglum, P., & Lauritzen, G. (2005). La finalización del tratamiento de internamento a largo plazo para drogadictos: Estudio prospectivo de 13 unidades. *RET: Revista de toxicomanías*, (44), 25-30. Disponível em http://www.researchgate.net/publication/28106657_La_finalizacin_del_tratamiento_de_internamiento_a_largo_plazo_para_drogadictos_estudio_prospectivo_de_13_unidades/file/79e41508ea4648765c.pdf.
- Ray, G., Weisner, C., & Mertens, J. (2005). Relationship between use of psychiatric services and five-year alcohol and drug treatment outcomes. *Psychiatry Services*, 56(2), 164-171. From <http://ps.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3635/164.pdf>.
- Reale, D. (2004). O diagnóstico em crise: a descoberta do uso de droga na adolescência. *In Simpósio Internacional do Adolescente*, 2º, São Paulo. Disponível em http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000200067&lng=en&nrm=abn.
- Reiners, A. A. O., De Azevedo, R. C. S., Vieira, M. A., & De Arruda, A. L. G. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, 13 (2), 2299-2306. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf>.
- Ribeiro, L. (2006). Uso religioso e ritual de substâncias psicoativas: *In* D. Silveira, da., & F. Moreira (Orgs.). *Panorama actual de drogas e dependências* (435-439). São Paulo: Artheneu.
- Ribeiro, M. S., Ribeiro, L. C., Souza, M. A. G. G. F. de, Sousa, K. D. C. de, & Nogueira, R. B. (2008). Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de Alcoolistas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (3), 203-211. Disponível em www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000600032 & http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000600032.

- Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2010). Tratamento da dependência do crack. As bases e os mitos. In Ribeiro, M., Laranjeira, R. *O tratamento do usuário de crack*. 1ª.ed. São Paulo, P. 14-23.
- Ribeiro, M. S., Alves, M. J. M., Vieira, E. M. M. de., Silva, P. M., e., & Lamas, C. V. B. Dal (2008). Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (1), 16-22. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a04.pdf>.
- Rodrigues, M. C., Viegas, C. A. A. de, Gomes, E. L., Godoy, J. P. M. de, & Zakir, J. C. O. de (2009). Prevalência do tabagismo e associação com o uso de outras drogas entre escolares do Distrito Federal. *Jornal brasileiro de Pneumologia*, 35, 10, 986-991. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n10/v35n10a07.pdf>.
- Rodríguez, O. G, Villa, R. S, Rodríguez, H. A, Rodríguez, A. R., A., Hermida, J. R. F., Carballo, J. L., Pérez, J. M. E, & Díaz, S. H., Al. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19 (1), 134-139. Disponível em <http://www.psicothema.com/pdf/3339.pdf>.
- Rodríguez, O. G., Villa, R. S., Rodríguez, H., Rodríguez, A. R., Hermida, J. R. Carballo, J. L., Pérez, J. M. E. Y., & Susana, D. S. H. Al (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína *Psicothema*, 19 (1), 134-139. Disponível em <http://www.psicothema.com/pdf/3339.pdf>.
- Rodríguez, A. H., Silva, R. P., Gomez, M. V., Hernández, G. R., Nóbrega, M. P. S. S. de, Mitchell, C., Pérez, F. B., Harrison, J., & Smith, P. H. (2012). *Policonsumo simultâneo de drogas em estudantes de faculdades de ciencias de la salud/ciencias médicas en siete universidades de cinco países de América Latina y un país del Caribe: implicaciones de género, legales y sociales*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21nspe/v21nspea02.pdf>.

- Roffman, R. A., Klepsch, R., Wertz, J. S., Simpson, E. E., & Stephens, R. S. (1993). Predictors of attrition from an Outpatient Marijuana-dependence Counseling Program. *Addictive Behaviors*, 18, 553-566.
- Roig, T. A. (1996). *El modelo americano de Comunidad Terapeutica y su difusion en Europa. XIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Palma de Mallorca, p. 193-214.
- Ross, S., Dermatis, H., Lavounis, S., & Galanter, M. (2003). A comparison between dually diagnostic in patients with and without axis II comorbidity and relationship to treatment outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*; 29 (2), 263-279. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765206>
- Rossetti, A. C. K., & Santos, V. E. P. (2006). Dependente químico: adesão ao tratamento. *Revista Técnico-científico de Enfermagem*, 4 (14). Disponível em <http://www.scielo.br>.
- Saavedra, F. J. F. (2004). *Actividade motora e toxicodependência: Estudo sobre o efeito de um programa específico de actividade física numa população toxicodependente*. (Tese de Doutorado). Disponível em https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/20/1/phd_fjfsaavedra_vol1.pdf.
- Sabino, N. M., & Cazenave, S. O. S. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de psicologia* 22 (2), 167-174. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-166x2005000200006&script.
- Salgado, J. V., Malloy, D. L.F., Campos, V. R., Abrantes, Fuentes, D., Bechara, A., & Correa, H. (2009). Avaliação neuropsicológica do comportamento impulsivo de sujeitos dependentes de álcool em abstinência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (1) 4-9. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31n1/a03v31n1.pdf>.
- Sanchez, M. Z, Van der, & Nappo, S.A. (2002). Progression on drug use and its intervening factors among crack users. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 420-430.

- Sanchez, Z. M., & Nappo, S. A. (2007). A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (1), 73-81. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a10v34s1.pdf>.
- Sanchez, Z. V. D. M., & Nappo, S. A. (2002). Sequências de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista de saúde Pública*, 36 (4), 420-430. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11760.pdf>.
- Santamaria, E. A., & Aljama, A. U. (2004). *La mujer drogodependiente especificidad de género Y factores asociados*. Disponível em http://www.osakidetza.euskadi.net/v19osk0002/es/contenidos/informacion/publicacions_ovd_otras_investi/es_9061/adjuntos/drogas_ocio.pdf.
- Santilán, A. E., Thrasher, J., Bolaños, R. R., Ayala, R. C., Velasco, R. S., & Ponce, E. (2007). Susceptibilidad al consumo de tabaco en estudiantes no fumadores de 10 ciudades mexicanas. *Salud Publica Mexico*, 49 (2), 170-181. Disponível em <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s2/a07v49s2.pdf>.
- Santos, A., Calado, A., Coxo, D., Trindade, M. M., & Parente, M. (2011). Co-morbilidade Psicopatológica numa população toxicodependente do Alentejo. *Toxicodependências*, 17 (1), 33-41. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/tox/v17n1/v17n1a04.pdf>.
- Saupe, R., & Alves, E. D. (2000). Contribuição à construção de projectos Político-pedagógicos na enfermagem. *Revista Latino de Enfermagem*, 8 (2) 60-67. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12419.pdf>.
- Sayre, S. L., Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Averill, P. M., Rhoades, H. M., & Grabowski, J. J. (2002). Determining predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28 (1), 55-72. From <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1081/ADA-120001281>.
- Scheffer, M., & Pasa, G. G. (2010). Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (3), 533-541. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a16v26n3.pdf>.

- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 299-306. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232003000100022&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Schmitz, N., Kruse, J., & Kugler, J. (2003). *Disabilities, Quality of Life, and Mental Disorders Associated with Smoking and Nicotine Dependence*, pp.1670-1676. From www.researchgate.net/...Disabilities_quality_of_life_.
- Schneider, D. R., & Lima, D. S. de (2011). Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Psico*, 42 (2), 168-178. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7153/6518>.
- Scmitz, J. M., Schneider, N. G., & Jarvivik, M. E. (1997). Nicotine. In Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B. B., & Langrod, J. C. (Editors). *Substance Abuse-A comprehensive textbook*. pp.276-294. Williams & Wilkins.
- Seabra, P. N., R., Barbosa, S., & Nassano, S. (2010). Programa de minimização e redução de riscos em Torres Vedras. *Revista Toxicodependências*, 16 (2), 79-86. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/tox/v16n2/v16n2a07.pdf>.
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2006). *Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento*. São Paulo.
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2010). *Glossário de álcool e drogas* (2ªed.). Brasília, Brasil: SENAD
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2011). *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*. Disponível em Www.casacivil.gov.br/noticias/perfil-brasil.pdf.

- Shaw, J. M., Kolesar, G. S., Sellers, E.M., Kaplan, H. L., & Sandor, (1981). Development of optimal treatment tactics for alcohol with drawal. *Journal Clinic of Psychopharmacolology*, 1382-387. From http://www.researchgate.net/publication/15865249_Development_of_optimal_treatment_tactics_for_alcohol_withdrawal._I._Assessment_and_effectiveness_of_supportive_care.
- Siegal, H. A., Li, L., Rapp, R. C. (2002). Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. *Addict Behavior*, 27 (3), 437- 449.
- Silva, A. L. da, & Ciampone, M.H. (2003). *Um olhar paradigmático sobre a Assistência De Enfermagem - um caminhar para o cuidado complexo*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/02.pdf>.
- Silva, C. R. da, Kolling, N. M. de, Carvalho, J. C. N., Silvia C., S. M da., & Kristensen, C. H. (2009). Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. *Aletheia* ,30, 101-112. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n30/n30a09.pdf>.
- Silva, L. H. P., Borba, L. O., Paes, M. R., Guimarães, N. A, Mantovani, M. F., & Maftum, M. A. (2010). Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*,14 (3): 585-590. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a21.pdf>.
- Silva, L.V. E. R., Malbergier, A., Stempliuk, V.A., & Andrade, A.G. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saude Publica*, 40 (2). Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40n2/28533.pdf>.
- Silva, T., & Quintas, J. (2010). Consumo de álcool em toxicodependentes em tratamento. *Toxicodependências*, 16 (3),45-58. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/tox/v16n3/v16n3a05.pdf>

- Silveira, R.A. (2001). *Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba*. (Tese de Doutorado). Curitiba: Universidade Federal do Paraná.
- Silveira, D. X. da, & Moreira, F. G. (2006). Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas: *In* D. Silveira. da, & F. Moreira (Orgs.). *Panorama actual de drogas e dependências*. São Paulo, Brasil: Artheneu.
- Simpson, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 121-199. From <http://cbsirg.fiu.edu/secure/6114/Simpson%202004.pdf>.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Broome, K.M. (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*; 59 (6), 538-44. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12044196>
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Szal, R.G. A. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 47, 227-235. Disponível em http://www.gesundinhaft.eu/wpcontent/uploads/2008/11/finalrep_moretreat08101.pdf.
- Sirvent, C., Moral, M.V., Blanco., Rivas, C., Linares, M., & Quintana, L. (2010). *11º Congresso Virtual de Psiquiatria-Interpsiquis 2010: Predicción del Abandono (vs. éxito) terapéutico en adicciones (presentación del cuestionario VPA-30 (cSirvent, 2009), de variables predictoras de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones*. Disponível em <http://www.fispiral.com/images/08-ArticulosPublicaciones/Prediccion-del-abandono.pdf>.
- Slotkin, T. A. (2002). Nicotine and the Adolescent Brain: insights from an animal model. *Neurotoxicol Teratol*, 24 (3), 369-384. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12009492>.

- Smith, G.W., Farrell, M., Bunting, B.P., Houston, J.E., & Shevlin M. (2011). Patterns of polydrug use in Great Britain: findings from a national household population survey. *Drug Alcohol Depend*, 113 (2-3), 222-228. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20863629>
- Sordi, A. O., Kreische, F., & Diemen, L. von (2012). Alucinógenos: *In* Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social*. UFRGS. Brasília: SENAD. Disponível em http://media.wix.com/ugd/7ba6db_3b4ec8cb8c7b4866a811d8a7d46222ad.pdf.
- Souza, J. de, Kantorski, L. P., & Mielke, F.B. (2006). Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em Capsad-SMAD. *Revista Eletrônica Saúde mental álcool e drogas*, 2 (1), Ribeirão Preto. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.ups.br/scielo.php?pid=S180669762006000100003>.
- Srisurapanont, M., Jarusuraisin, N., & Kittirattanapaiboon, P. (2000). *Treatment for amphetamine withdrawal*. Data base System Revision. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370579>.
- Stevens, A., Peschk, I., & Schwarz, J. (2007). Implicit learning, executive function and hedonic activity in chronic polydrug abusers, currently abstinent polydrug abusers and controls. *Addiction*. 102(6), 937-946. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17523989>.
- Stotts, A. L., Mooney, M. E., Sayre, S. L., Novy, M., Schmitz, J. M., & Grabowski, J. (2007). Illusory predictors: Generalizability of findings in cocaine treatment retention research. *Addictive Behaviours*, 32, 2819-2836. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2249556/>
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed
- Sullivan, R. J., & Hagen, E.H. (2002). Psychotropic substance seeking: Evolutionary Pathology or adaptation? *Addiction*, 97, 389- 400.

- Surjan, J., Pillon S., & Laranjeira, R. (2000). *O que acontece com os pacientes dependentes de álcool e drogas que desaparecem das primeiras consultas?*. Disponível em <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/science/Dependentes%20e%20as%20primeiras%20consultas.pdf>.
- Swendsen, J., Conway, K.P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K.R., Sampson, N., & Kessler, R.C. (2010). Mental Disorders as Risk factors for Substance Use, Abuse and Dependence: Results from the 10-year Follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105 (6), 1117-1128. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20331554>.
- Szal, R. G. A., Joe, G.W., & Simpson, D. D. (2000). Treatment retention of crack and cocaine users in a national sample of long term residential clients. *Addiction research and Theory*, 8 (1), 51-64. From <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/16066350009004409>.
- Tasman, A. (2010). Inhalants. In First, M.B., & Tasman, A. *Clinical Guide to the Diagnosis and Treatment of Mental Disorders*. John Wiley & Sons, West Sussex. 2nd ed. pp. 203-209.
- Taylor, P. (1996). Agentes que atuam na junção neuromuscular e nos gânglios Autônomos. In Hardman, J.C., & Limbird, L.E. (Editores) In Good Man & Gilman. *As bases farmacológicas da terapêutica* (143-145), 9ª edição, México.
- Terra, M. B. (2000). *Fobia social e transtorno de pânico em pacientes dependentes de substâncias psicoativas hospitalizados*. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Universidade Federal de Rio de Janeiro. Disponível em http://www.proad.unifesp.br/pdf/dissertacoes_teses/tese_doutorado_mauro.pdf.
- Tinoco, R. (2006). Comunidades terapêuticas livres de drogas- da intervenção terapêutica a intervenção ideológica. *Revistas toxicodependências*. 12 (1), 21-30. Disponível em comum.rcaap.pt/bitstream/.../3112/1/Comunidades%20terapeuticas.pdf.

- Tissot, C. L. (2006). *A influência da família sobre a adesão do dependente químico: um estudo piloto sobre a emoção expressão*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/.../CiriloLiberatoriTissot.pdf.
- Torrens, M., San, L., Peri, J. M., & Olle, J. M. (1991). Cocaine abuse among heroin addicts in Spain. *Drug Alcohol Dependence*, 27 (1), 29-34. Disponível em <http://europepmc.org/abstract/MED/2029857/reload=0;jsessionid=iDA0Q2RpoJb bVnZKIFvC.12>.
- Transportation Research Board (2005). Drugs and Alcohol committee. Drugs and traffic: *In Symposium: Transportation Research Circular E-C096;2006; Massachusetts*, EUA. Massachusetts. From <http://onlinepubs.trb.org/onlinepubs/circulars/ec096.pdf>.
- Tyrer, P. (1988). Dependence as a limiting factor in the clinical use of minor tranquillizers. *Pharmac Therapy*, 36,173-188.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2012). *World Drug Report 2011*. From http://www.unodc.org/documents/datanalysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2001). *Global illicit drug trends 2001*. Vienna: UNODCCP. From http://www.undcp.org/adhoc/report_2001-06-26_1/report_2001-06-26_1.pdf.
- United Nations Office on Drugs and Crime.(2012). *World Drug 2012*. From http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics_drugs/WDR/2012/WD_R_2012_Web_Small.pdf.
- Vaillant, G. E. (1996). A long term follow-up of male alcohol abuse. *Arch Gen Psychiatry*, 53,243-249. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8611061>.

- Valderas, J. M., Mercer, S. W., & Fortin, M. (2011). Research on patients with multiple health conditions: different constructs, different views, one voice. *Journal of Comorbidity*, 1, 1-3. From <http://jcomorbidity.com/index.php/test/article/download/11/15>.
- Vasters, G. P., & Pilon, S. C. (2011). O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado.” *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (2), 317-124. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_13.pdf.
- Veach, L. J., Remley, T. P., Kippers, S. M., & Sorg, J. D. (2000). Retention predictors related to intensive outpatient programs for substance use disorders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 417-428. From <http://www.researchgate.net/publication/12344917>.
- Veiga, J. M. da (1992). *A droga em Cabo Verde seu consumo, tráfico e combate*. Mindelo: Autor.
- Velho, S. R. B. R. da (2010). *Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no Capsad, Londrina, PR*. Disponível em www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/112.pdf.
- Verheul, R., Van den Brink, W., & Hartegers, C. (1998). Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addict Behaviors*. 23 (6), 869-882.
- Victor, M. (1992). The effects of alcohol on the nervous system. In Mendelson, J.H., Mello, N. K. (editors). *The medical diagnosis and treatment of alcoholism*. New York: McGraw-Hill; p. 201-262.
- Villa, R. S., & Hermida, J. R. (2000). *Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias*. Disponível em <http://www.adicciones.es/files/353-363%20Original%204.pdf>

- Villa, R. S., & Benavente, M. Y. (2000). Predictores de la Retencion en una Comunidad Terapêutica para Drogodependientes. *Adicciones*, 12 (3), 365-371. Disponível em [http://www.adicciones.es/files/365-371%20Original%20HYPERLINK \"http://www.adicciones.es/files/365-371%20Original%205.pdf\"5.pdf](http://www.adicciones.es/files/365-371%20Original%20HYPERLINK%20\).
- Villa, R. S., & Hermida, J. R.F. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12, 353-363. Disponível em <http://www.adicciones.es/files/353-363%20Original%204.pdf>.
- Wagner, A.V. (2002). *A comorbidade entre dependência à cocaína e depressão, como fator associado à desistência ao tratamento em comunidade terapêutica. Pelotas:Universidade Católica de Pelotas*. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000259&pid=S0102-311X200800160000700083&lng=en.
- Wallace, B. C. (1991). *Crack Cocaine: a practical treatment approach for the chemically dependent*. New York: Brunner/Mazel.
- Wallace, B. C. (1991). *Crack Cocaine: a practical treatment approach for the chemically dependent*.New York: Brunner/Mazel.
- Wang, M. Q., Collins, C. B., DiClemente, R. J., Wingood, G., & Kohler, C. L. (1997). Depressive symptoms as correlates of polydrug use for blacks in high risk community. *South Medicine Journal*, 90 (11), 1123-1128.
- Washton, A. M., Potash, A. C., Gold, M. S. (1984). Naltrexone in addicted business executives and physicians. *Journal Clinic of psychiatry*, 45, 4-6.
- Watson, S. J, Benson, J. A., & Joy, J. E. (2000). Marijuana and medicine: assessing the science base: a summary of the 1999 Institute of Medicine report. *Arch Gen Psychiatry*, 57 (6), 547-552. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10839332>.

- Weiser, S. D., Dilworth, S. E., Neilands, T. B., Cohen, j., Bangsberg, D. R., Riley, E. D. (2006). Gender- specific correlates of sex trade among homeless and marginally housed individuals in San Francisco. *Journal Urban Health*, 83 (49), 736-740. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16845499>.
- Wetli, C. V., & Fishbain, D. A. (1985). Cocaine-induced psychosis and sudden death in recreational cocaine users. *Journal of Forensic Science*, 30,873-880. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4031813>.
- White, W., & Kurtz, E. (2006). The varieties of recovery experience. *International Journal of Self Help and Self Care*, 3 (1-2), 21-61. From http://www.naadac.org/assets/1959/whitewkurtze2006_the_varieties_of_recovery_experience.pdf.
- White, W., & Whiter, D. (2005). Faith based recovery its historical roots. *Counselor*, 6 (5), 58-62. From http://www.facesandvoicesofrecovery.org/pdf/White/Faith_based_recovery.pdf
- Wild, T. C., Cunningham, J. A., & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviours*, 31, 1858-1872. From http://www.selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2006_WildCunninghamRyan_SD.pdf.
- Wilkins, J. N, Conner, B. T., Gorelick, D. A. (1998). Management of stimulant, phencyclidine, hallucinogen, marijuana and multiple drug intoxication and withdrawal. In Graham, A.W., Schultz, T. K. (editors).*Principles of addiction medicine*. Chevy Chase: ASAM.
- Wise, R. A. (1984). Multiple mechanisms of the reinforcing action of cocaine. In National Institute on Drug Abuse (NIDA). Cocaine: pharmacology, effects, and treatment abuse. Rockville: Department of Health and Human Services; 1984. [Research Monograph Series n 50].

- World Health Organisation. (2009). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic*. (2009). From <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>.
- World Health Organization. (2011). *Substance Abuse*. From [http://www.who.int/topics/substance_abuse/ en/](http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/)World Medical Association. (2008). Declaration of Geneva.
- Young, A. S. Grusky, O., Jordan, D., & Belin, T. R. (2000). Routine outcome monitoring in a public mental health system: the impact of patients who leave care. *Psychiatric Services*, 51 (1) 85-91. From <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=51&page=85&journalID=18>.
- Yui, K., Ykemoto, S., & Goto, K. (2002). Factors for susceptibility to episode recurrence in spontaneous recurrence of methamphetamine psychosis. *Ann New York. Academie Science*, 965,292-304. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12105105>.

Capítulo VIII: Apêndice

Apêndice I – Formulário de colheita de dados

Instrumento de recolha de informações

Nº de coleta de informações: _____

1. Variáveis sociodemográficas

1.1. Idade: _____ anos completos

1.2. Género: M: ____ F: ____

1.3. Estado Civil:

Solteiro	Casado	Separado	Junto	Viúvo	Divorciado

1.4. Filhos: Sim: ____ Não: ____

1.5. Habilitações literárias:

Sem Escolaridade	Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Técnico	Ensino Médio	Ensino Superior

1.6. Profissão: _____

1.7. Ocupação: _____

1.8. Coabitação:

Sozinho	Pais	Pai	Mãe	Irmão	Avós	Companheiro	Outro

1.9. Término de tratamento

Data da admissão	Data de saída	Motivo da alta	Completo o programa

2. Padrão de uso de drogas

2.1. Primeira droga consumida

Álcool	Cannabis	Cocaína aspirada	Cocaína fumada/ Crack	Heroína	Haxixe	Outras

2.2. Idade de início de uso de drogas /tipo de drogas

Tipo de droga	Idade (em anos) em que usou a droga pela 1ª vez
Álcool	
Cannabis	
Cocaína aspirada	
Cocaína Fumada/ Crack	
Heroína fumada	
Heroína injectada	
Haxixe	
Outras	

2.3. Tempo de consumo/tipo de drogas

Tipo de droga	Idade (em anos) em que usou a droga pela 1ª vez
Álcool	
Cannabis	
Cocaína aspirada	
Cocaína Fumada/ Crack	
Heroína fumada	
Heroína injectada	
Haxixe	
Outras	

2.4. Tempo de Consumo da Droga que levou a procurar o tratamento (em meses ou anos)

Álcool	Cannabis	Cocaína aspirada	Cocaína fumada/ Crack	Heroína	Haxixe	Outras

2.5. Quantidade e frequência de uso

Substância Psicoactiva	Quantidade	Frequência

2.6. Tratamento Anterior: Sim: ____ Não: ____

3. Comorbidades

Cárie dentária	Diminuição de acuidade visual	Pitíriase Versicolor	Infecção pelo VIH	Infecção pelo Virus da Hepatite B	Transtorno do sono	Afecções digestivas	Afecções respiratórias

Outras (especificar): _____

Apêndice II – Autorização do serviço para realização do estudo

Ex.º Sr.

Autorização do serviço de salvaguarda da confidencialidade da instituição



Director da Comunidade Terapêutica

Granja São Filipe

Praia, 09 de Abril de 2012

Mário António Soares Almada Barros, Enfermeiro, a desempenhar função neste Centro de Tratamento na Cidade da Praia e aluno da Universidade de Cabo Verde (UNICV) a frequentar o Curso Mestrado em Saúde Pública, sob a orientação do Professor José Manuel Bertolote, departamento Saúde Pública – FMB/UNESP (Universidade Estadual Paulista) – Botucatu, pretende elaborar um trabalho de investigação sobre o tema “Adesão ao programa de tratamento dos dependentes de substâncias psicoactivas na Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe: características sociodemográficas e clínicas e padrão de uso dos residentes.”

Será utilizada a metodologia quantitativa, aplicação de um instrumento de recolha de dados para as variáveis sócio demográficos e clínicos e padrão de uso.

Para a elaboração do trabalho será necessária a colecta de dados nos processos dos ex residentes, prevendo-se que a mesma deverá ser realizada após o consentimento do Comité de Ética.

Comprometendo-me desde já a não perturbar o normal funcionamento do Serviço.

Assim venho por este meio solicitar a Sr. Director, que seja concedida a autorização para a realização do referido trabalho na instituição que Vossa Excia dirige.

Espero e agradece deferimento.

O Requerente

/Mário António Soares Almada Barros /

Pesquisador

MÁRIO ANTÓNIO SOARES ALMADA BARROS